ALUCINADOS Y PERSEGUIDOS

LECCIONES CLÍNICAS SOBRE LAS ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

(Selección)

Jules SÉGLAS

La Biblioteca de los
ALIENISTAS DEL PISUERGA

ALUCINADOS Y PERSEGUIDOS
LECCIONES CLÍNICAS

La Biblioteca de los
ALIENISTAS DEL PISUERGA

LA BIBLIOTECA DE LOS ALIENISTAS DEL PISUERGA

Títulos publicados:

Paul Sérieux y Joseph Capgras
LAS LOCURAS RAZONANTES. EL DELIRIO DE INTERPRETACIÓN
(2007)

DELIRIOS MELANCÓLICOS: NEGACIÓN Y ENORMIDAD
Jules Cotard
EL DELIRIO DE NEGACIÓN — EL DELIRIO DE ENORMIDAD
(Selección)
Jules Séglas
EL DELIRIO DE NEGACIÓN
(2008)

Emil Kraepelin
MEMORIAS
(2009)

LA HISTERIA ANTES DE FREUD
Gilles de la Tourette, Briquet, Charcot, Lasègue, Falret,
Colin, Kraepelin, Bernheim, Grasset
(2010)

Enrico Morselli
MANUAL DE SEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES
(Selección)
(2011)

Jules Séglas
ALUCINADOS Y PERSEGUIDOS. LECCIONES CLÍNICAS
(Selección)
(2012)

EN PREPARACIÓN:
Emil Kraepelin
LA LOCURA MANIACO-DEPRESIVA

Jules SÉGLAS

ALUCINADOS Y PERSEGUIDOS

Lecciones clínicas sobre las enfermedades mentales y nerviosas (selección)

Traducciones de:
Ramón Esteban Arnáiz
Sara Vega González
Susana González Herrera

Edición de
Alienistas del Pisuerga

Madrid
2012

Título original: Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (1895)
Traducciones:
Prefacio y Lecciones 1ª, 2ª, 14ª y 16ª, traducidos por Ramón Esteban Arnáiz
Lección 17ª, traducida por Sara Vega González
Lecciones 18ª, 19ª, 14ª y 25ª, traducidas por Susana González Herrera.
Revisión técnica: Ramón Esteban Arnáiz

Presentación, edición y notas: Alienistas del Pisuerga
(José María Álvarez, Fernando Colina y Ramón Esteban)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2012 Ergon
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-8473-982-1
Depósito Legal: M-47538-2011

«Alienistas del Pisuerga», expresión que busca sus orígenes en el prestigioso y novecentista Cuerpo de Médicos de los Asilos para Alienados del Departamento del Sena, empezó siendo una broma privada destinada a designar nuestra afición al enfoque histórico del estudio de la psicopatología y a superar entre nosotros presuntas diferencias profesionales (psicólogos clínicos/psiquiatras). Utilizada en público por primera vez para evitar la machacona repetición de nuestros nombres como organizadores y ponentes de las IV Jornadas de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la AEN (*Crimen y Locura*, Valladolid, 26 y 27 de octubre de 2001), la afable acogida de algunos amigos dio solidez identitaria a tan anacrónico significante y aquel juego se transformó en realidad. Así, La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga tratará de ir recuperando textos fundamentales de los clásicos de la psicopatología inéditos en castellano.

José María Álvarez
Fernando Colina
Ramón Esteban

Presentación de *Alucinados y perseguidos. Lecciones clínicas sobre las enfermedades mentales y nerviosas (selección) de Jules Séglas* IX

ÍNDICE GENERAL

Prefacio del autor 1

Primera lección.— LAS ALUCINACIONES 3

Segunda lección.— COEXISTENCIAS, ASOCIACIONES Y COMBINACIONES ALUCINATORIAS 25

Decimocuarta lección.— PARANOIA AGUDA Y CONFUSIÓN MENTAL PRIMARIA. LAS IDEAS DE AUTOACUSACIÓN EN LA PARANOIA AGUDA. 43

Decimosexta lección.— EL DELIRIO (IDEAS DELIRANTES) DE PERSECUCIÓN EN LA LOCURA SISTEMÁTICA (PARANOIA) PRIMARIA 97

Decimoséptima lección.— LOS PERSEGUIDOS AUTOACUSADORES. . . 121

Decimoctava lección.— LAS ALUCINACIONES Y EL DESDOBLAMIENTO DE LA PERSONALIDAD EN LA LOCURA SISTEMATIZADA. LOS PERSEGUIDOS POSESOS 145

Decimonovena lección.— LAS ALUCINACIONES Y EL DESDOBLAMIENTO DE LA PERSONALIDAD EN LA LOCURA SISTEMATIZADA. LOS PERSEGUIDOS POSESOS (CONTINUACIÓN) 173

Vigesimoquinta lección.— LAS IDEAS DELIRANTES DE DEFENSA 207

PRESENTACIÓN

Alucinados y Perseguidos
Una selección de las *Lecciones clínicas* de Jules Séglas

I.— JULES SÉGLAS (1856-1939), EL MAESTRO DEL LENGUAJE SENCILLO

Si en algo concuerdan los acercamientos biográficos a la figura de Jules Séglas es en señalar dos características en él inseparables pero no exentas de cierta colisión: su faceta de excelente clínico, a veces oculta por su modestia no menos legendaria. «El clínico más fino sin duda que haya producido la Escuela Francesa»[1], cuyas lecciones psicopatológicas influyeron en toda su generación, «el génial presentador de casos de La Salpétrière»[2], nunca tuvo el reconocimiento académico a que sus

1. Paul BERCHERIE, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, traducción de Carlos A. de Santos, Manantial, Buenos aires, 1986, p.117. (Original: *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*, París, Navarin, 1980).

2. BARUK H., *La Psychiatrie française de Pinel à nos jours*, París, Presses Universitaíres de France, 1967.

méritos le daban pleno derecho[3], pero seguramente tampoco se empeñó en ello, pues su personalidad bondadosa y alejada de las intrigas académicas de pasillo prefirió mantenerse al margen de las polémicas, aunque no por eso dejó de ser *chef de file* intelectual del «Grupo de La Salpêtrière».

Este grupo no organizado, que habrían formado idealmente Cotard, Arnaud, Régis, Anglade, Ball, Gilbert Ballet, el propio Séglas y otros, ha sido así bautizado por Bercherie porque sus miembros, en un momento u otro, pasaron por La Salpêtrière, donde sufrieron la influencia de Charcot, de Magnan, jefe de Admisión, y de Jules Falret, médico jefe del Pabellón de Alienados, del cual se manifestaron más bien seguidores. Próximos a la Clínica de las Enfermedades Mentales, cuya cátedra ocuparán sucesivamente Ball, Joffroy y Gilbert Ballet, mantuvieron una cierta distancia en relación a Magnan; en efecto, una notoria hostilidad opone a la Admisión, que dirige éste, y la Clínica, con sus enseñanzas rivales[4]. El grupo fue haciendo una revisión crítica de las ideas de Magnan a la luz de las objeciones de Jules Falret. Finalmente, casi todos colaboraron en el monumental *Tratado de patología mental* publicado en 1903 bajo la dirección de Gilbert Ballet, que manifiestaba bien sus posiciones generales, sutilmente diferentes de aquellas de Magnan y alimentadas por trabajos alemanes, habiendo importado antes nociones como la paranoia o la demencia precoz. Más tarde, Henri Claude, catedrático en la entreguerra, introducirá en Francia a Bleuler y a Kretschmer, en contra de los criterios más nacionalistas de Clérambault.

Todas las líneas de estudio abiertas por el grupo son retomadas en un momento u otro por su más brillante representante, Jules Séglas, que les hace alcanzar su elaboración óptima. Como señalan Haustgen y Bourgeois[5], a partir de 1892 Séglas publicó una serie de obras magistrales, destinadas a establecer de forma perdurable en Francia los cuadros de la clínica psiquiátrica. A los *Trastornos del lenguaje en los alienados* sucedieron tres años más tarde las *Lecciones clínicas*

---

3. BARBÉ, A., «Séglas», *L'Éncephale*, 1950, pp. 335-345. Quizá esta modestia hace que sea casi imposible encontrar imágenes suyas. Sólo hemos hallado ésta, en una web lacaniana ¡en japonés!: http://cdn-ak.f.st-hatena.com/images/fotolife/l/lacanian/20101012/20101012150822.jpg

4. Según BERCHERIE, la enemistad se origina por la decepción de MAGNAN, quien también se postuló para ocupar la primera cátedra de las enfermedades mentales aunque se vió superado por BALL, menos brillante pero cuyos trabajos médicos le acreditaban como poseedor de una formación no exclusivamente psiquiátrica. Luego, la descendencia de Charcot ocupará, por las mismas razones, el puesto; Cfr. Paul BERCHERIE, *Los fundamentos de la clínica*, op. cit., p.117. Se ve cómo los inicios de la Psiquiatría como nueva especialidad no estuvieron exentos de roces con la Medicina Interna, de la cual se desgajaba, con el telón de fondo de las habituales luchas por el poder.

5. T. HAUSTGEN y M. L. BOURGEOIS, «Le Dr. Jules Séglas (1856-1939), président de la Société Médico-Psychologique, sa vie et son oeuvre», *Annales médico-psychologiques*, 2002, vol. 160, nº 10, pp. 701-712.

sobre las enfermedades mentales y nerviosas. Sólo dos años después apareció la famosa monografía sobre *El delirio de negación*. El colofón de toda esta obra fue su capítulo «Semiología de las afecciones mentales» en el *Tratado* de Gilbert Ballet, de 1903[6]. A esas monografías hay que sumar un número impresionante de artículos (se ha estimado que totalizan ciento treinta), tocando los más diversos terrenos de la clínica.

En 1886 había opositado para una plaza de médico adjunto del Servicio de Alienados de los Hospitales de la asistencia Pública de París[7] (Bicêtre para hombres y La Salpêtrière para mujeres), independiente del Cuerpo de Médicos de los Asilos del Sena pero oficialmente sin funciones docentes, institución prestigiada antes de Séglas por haber pertenecido a ella Pinel, Esquirol, los Falret, Baillarger, Delasiauve y muchos otros[8]. Inicialmente médico adjunto de J. Falret en La Salpêtrière hasta 1898, dictó allí sus famosas lecciones clínicas entre 1887 y 1894, enseñanza impartida voluntariamente y sin reconocimiento ni apoyo oficial, lo que no le impidió convocar a un público numeroso. No vaciló en ellas en oponerse a algunas ideas de su jefe (por ejemplo, la posible coexistencia de obsesiones y alucinaciones), quien quizá no se sintió ofendido porque, como dice Lagniel-Lavastine, Séglas podía ser «mordiente con las ideas, pero siempre era benévolo con sus autores»[9]. Después ocupó plaza de jefe de servicio en Bicètre de 1898 a 1909. En ese periodo colaboró en el *Tratado* de Gilbert Ballet de 1903, empezando así a tener un cierto reconocimiento oficial. Volvió como médico-jefe a La Salpêtrière, al *Quartier des alienés*, es decir, el pabellón de crónicos, plaza que mantuvo hasta retirarse el 1 de enero de 1922, a la edad de 65 años. Su modestia habitual le llevó a pedir que cuando muriese no se sobrecargase a la prensa con necrológicas «sobre su magra personalidad». Así fue: la prensa se hallaba desde el 3 de septiembre centrada en la guerra provocada por Alemania que involucraba a Gran Bretaña y Francia, y el fallecimiento del antaño famoso alienista pasó prácticamente desapercibido. Sus restos reposan en el Cementerio Père-Lachaise de París[10].

---

6. Respectivamente: *Des troubles du langage chez les aliénés*, París, Rueff, 1892; *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894). Recueillées et publiées par le Dr. Henry Meigne*, París, Asselin y Houzeau, 1895; *Le délire des négations. Sémiologie et diagnostic*, París, Masson, 1897; «Sémiologie des affections mentales», en G. BALLET, *Traité de Pathologie mental*, París, Doin, 1903, pp. 74-270.

7. Ver: «Varietés» [«Noticias varias»], *Annales médico-psychologiques*, 1886, nº 44, pp. 171.

8. Sobre el cuerpo de Alienistas de los Hospitales de París, ver: PICHOT, P., *Un siglo de psiquiatría*, París, Roger Dacosta, 1983, p. 111, nota 13 (edición en castellano).

9. Cfr. M. LAIGNEL-LAVASTINE, «Jules Séglas», *La Presse Médicale*, 1940, 13-14, pp. 173-174.

10. Un resumen biográfico de Séglas puede leerse en: J. Mª ÁLVAREZ, F. COLINA, R. ESTEBAN, «Presentación a *Delirios melancólicos: negación y enormidad (Cotard y Séglas)*», Madrid, Ergon, La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2008, pp. XIV-XVII.

Su humildad personal parece haber sido directamente proporcional al aprecio que sus discípulos sentían por él, a juzgar por los elogios que han dejado por escrito. Su enseñanza, basada en el trato muy directo con sus seguidores y ayudantes, en la presentación de casos y en el estudio de las *observations*, de los historiales clínicos, estaba también sustentada por una gran sagacidad para lo que entonces se llamaba «el análisis psicológico», es decir, la contextualización de los síntomas dentro de la estructura de la psicología patológica de cada individuo, para ponerla a su vez en relación con las estructuras diagnósticas bien delimitadas. Poco amigo de grandes teorías, pragmático y apegado a la clínica, avanzaba ya un pensamiento estructuralista al repetir que para diagnosticar no bastaba hacer un listado de síntomas, sino ver además cómo habían ido surgiendo, cómo se relacionaban entre sí y cómo los refería el sujeto.

Séglas tenía una tercera cualidad, refiere Lereboullet, la de «escribir siempre en un lenguaje claro, accesible a todo el mundo; jamás se le pudo reprochar ser hermético en la expresión de su pensamiento, reproche que tanto suele ser dirigido a otros psiquiatras»[11]. Sus *Lecciones clínicas* transcurren en un tono coloquial que las hace amenas de leer, y pronto deja de chocar la costumbre francesa de nombrar a los pacientes por sus síntomas («un alucinado», «un perseguido»), pues nos damos cuenta de que así es como el sujeto se nos presenta en realidad cuando nos relata su malestar, y a partir de esa especie de autodenominación debemos llegar a contextualizar a qué estructura diagnóstica —o mejor, estadístico-clínica, como decía Lantéri-Laura— pertenece y qué posición terapéutica debemos adoptar. En la época de Séglas las posibilidades terapéuticas eran escasas, pero el diagnóstico y el pronóstico estaban ligados a la posibilidad de que el individuo se viese *emplacé*, es decir, ingresado forzosamente en alguno de los establecimientos *ad hoc*, por lo que son muy enjundiosas, por ejemplo, alguna de sus reflexiones acerca de la mayor o menor peligrosidad potencial de los «perseguidos» según hayan elaborado más o menos el delirio, sobre todo en lo referente a la identificación de sus perseguidores. Reflexiones que ponen además de manifiesto que cada acto de la clínica es también un acto que atañe a la ética profesional.

Adepto a una psiquiatría a la vez empírica y social, pero abierto a las otras disciplinas médicas del momento, crítico con las teorías hegemónicas pero partidario

11. LEREBOULLET, L., «Allocution à propos de la mort de M. [Jules] Séglas», *Bulletin de la Société médicale des Hospitaux de Paris. Séance du 8/12/1939*, 1939, pp. 1365-1366.

de incorporar a estos saberes los de la psicología[12], Séglas marcaba distancia con ciertas veleidades habituales a la psiquiatría universitaria. Algunas frases recogidas por su discípulo Barbé le retratan: «Quizá el psiquiatra deba ser el menos especialista de los médicos [...] Para comprender a los alienados, hay que vivir entre ellos [...] He aquí un enfermo al que Esquirol habría denominado de tal manera, Falret de esta otra, y Magnan y Krafft-Ebing y Kraepelin y Bleuler de estas otras más aún [...] y sin embargo el enfermo sería siempre el mismo»[13].

Enemigo de los términos rimbombantes –«Gobiernan a la gente a base de palabras»[14]–, sus construcciones psicopatológicas, basadas en la primacía de la observación clínica, mantienen aún la frescura de lo verdadero, y nos recuerdan más de un siglo después que, dejando al margen jerarquizaciones académicas, la función docente que todo clínico tiene el deber moral de cumplir con sus colegas más jóvenes es ayudarles a transformar la mera opinión en conocimiento.

II.— ALUCINADOS Y PERSEGUIDOS

A Séglas le hicieron grande la sencillez de sus exposiciones y la finura de sus análisis, como acaba de decirse. Otra virtud debe aún añadirse si se quiere comprender la orientación que imprimió a sus investigaciones: siempre permaneció en segunda fila respecto a las grandes figuras de la psiquiatría de su tiempo; nunca consiguió relevantes puestos académicos ni jefaturas clínicas. Pero a cierta distancia de los focos, el diezmo al que obligan los maestros se abarata o anula. Sólo desde esta perspectiva puede entenderse la libertad con la que Séglas eligió los temas, la forma de tratarlos y los referentes teóricos que guiaron sus pesquisas. Como veremos, todos estos aspectos se ponen de relieve en sus estudios sobre la paranoia y las alucinaciones.

Sea cual sea el ámbito tratado, su obra es el testimonio directo del gusto por una forma sutil de observación, indagación y análisis de las manifestaciones clínicas, un quehacer limitado a lo descriptivo y semiológico. Las características que acaban de apuntarse hicieron de Séglas un referente insustituible entre sus colegas y muchos alumnos, una autoridad para las siguientes generaciones de psiquiatras que, como Clérambault, Ey o Lacan, siguieron viendo en sus descripciones la clínica de la observación en su estado más puro. Este punto de vista se resume en las siguientes palabras, en este caso a propósito de los perseguidos: «Voy a intentar solamente mostrar a ustedes cómo se puede hacer el análisis de estas

12. HAUSTGEN, T.; BOURGEOIS, M. L., op. cit.

13. BARBÉ, A., op. cit.; ver también la «Introduction» a su *Précis de Psychiatrie*, París, Doin, 1950.

14. BARBÉ, A., Ídem.

ideas de persecución; espero proporcionarles también puntos de referencia para establecer las preguntas de la entrevista clínica con estos alienados, a menudo muy difícil, y así, una vez obtenidos los datos que puedan ser útiles para el diagnóstico y el pronóstico, enseñarles a sacar de ellos las respuestas que revelan la presencia de ciertos síntomas, así como lo que permite pronosticar acerca de la duración posible y el porvenir de la afección»[15].

Debido al interés suscitado y a la insistencia manifestada por los alumnos y asistentes, publicó en 1895 sus *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Los temas en ellas explorados abarcan muy distintos ámbitos psicopatológicos, siendo especialmente meritorias las lecciones dedicadas a las alucinaciones, la obsesión, la melancolía, la paranoia y los delirios de negación. Es de destacar, como el propio Séglas advierte en el prefacio, que estas lecciones clínicas no pretenden una revisión crítica del problema tratado bajo la forma de un breve ensayo; son, por el contrario, una mostración que procura mantenerse en el estricto marco derivado del "«punto de vista de la observación clínica»[16].

En los tiempos de Séglas, la paranoia atraía con fuerza la atención de los investigadores. No hay autor de importancia que no se ocupara de ella. Puede afirmarse, sin pecar de exageración, que la psicopatología decimonónica gira alrededor de la paranoia. Entorno a ella se polarizan los debates que delinean la transformación de la locura tradicional en las enfermedades mentales[17]. Contra ella y contra la melancolía, es decir, la locura parcial, la orientación cientificista de la psiquiatría acometió sus principales ataques. De resultas de ello, después de más de medio siglo, la paranoia y la melancolía quedaron apenas reducidas a un breve capítulo de la historia de la clínica mental.

En medio de este movimiento de consolidación del discurso psiquiátrico y de afirmación de la ideología de las enfermedades mentales, Séglas participó con las herramientas que le aportaba la semiología clínica y se mostró muy cauto a la hora de las explicaciones teóricas. Pero si algo llama la atención de sus estudios sobre la paranoia es el enfoque y la orientación que les dio, directamente inspirados en la clínica alemana y al mismo tiempo críticos con algunos de sus compatriotas, en especial con Magnan. La familiaridad con la literatura germana le lleva a plantearse las mismas cuestiones que discuten los clínicos más allá del Rin, las

15. SÉGLAS, J.: *Leçons cliniques*, op. cit., p. 498.

16. Cfr. J. SÉGLAS, *Leçons cliniques*, op. cit. El volumen, de 835 páginas, recoge las veintiocho lecciones dictadas por Séglas entre 1887 y 1894.

17. Aquí seguimos los desarrollos propuestos por J. Mª. ÁLVAREZ en: *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008; y en «¿Qué fue de la paranoia? Sobre la permanente objeción de la paranoia al discurso psiquiátrico de las enfermedades mentales», *Estudios sobre la psicosis*, Buenos Aires, Grama, 2008, pp. 201-275.

clásicas cuatro preguntas que polarizaron numerosos y acalorados debates: en primer lugar, los relativos a la causalidad (organogénesis *versus* psicogénesis); en segundo lugar, los centrados en la legitimidad de las formas abortivas (benignas) de la paranoia; en tercer lugar, el permanente debate sobre si la paranoia es una forma de locura primaria o secundaria; por último, el referido a las alucinaciones y su compatibilidad con la paranoia (paranoia alucinatoria *versus* paranoia combinatoria).

En contraste con la situación actual, en los años que Séglas dictó las *Lecciones clínicas* el ámbito semántico de la paranoia constituía un verdadero galimatías. Durante décadas se usaron los términos *Paranoia*, *Verrücktheit* (locura) y *Wahnsinn* (delirio alucinatorio) a veces como sinónimos y otras con sentidos diferentes. Heinrich Schüle, médico del asilo de Illenau, fue uno de los que más insistió en precisar las diferencias: *Verrücktheit* (psicosis constitucional y sistemática) y *Wahnsinn* (delirios polimorfos); dicha oposición correspondía, *grosso modo*, a la separación efectuada por Mendel entre paranoia combinatoria (delirio crónico, sin debilitamiento intelectual, con predominio de manifestaciones seudorracionales) y paranoia alucinatoria (delirio alucinatorio, polimorfo y tendente al deterioro)[18]. Por el contrario, Carl Otto Westphal y otros parecían sentirse más cómodos en ese relativo desorden, con lo que ampliaban su extensión nosográfica y multiplicaban los tipos clínicos[19]. Fue tal la complicación terminológica que Chaslin, como evoca Séglas[20], llegó a recoger hasta veintiocho denominaciones distintas en diferentes lenguas.

La situación no resultaba más clara en la clínica francesa. También su campo semántico es heterogéneo y por ello resulta difícil de acotar. El uso del término *paranoïa* es relativamente tardío y a su implantación contribuyó sobre todo Séglas, aunque muchos de sus colegas preferían seguir hablando de *délire* y *délires chroniques*. Todos los estudios franceses sobre esa materia de la patología remiten, de una u otra forma, al *délire de persécutions* de Lasègue. De esta descripción parten las posteriores revisiones de Magnan y la siguiente generación de alienistas, en especial las de Sérieux y Capgras, Ballet, Clérambault y Dupré[21]. Ante este panorama heterogéneo y mal delirmitado, no es extraño que Séglas afirmara:

---

18. Cfr. H. SCHÜLE, *Klinische Psychiatrie: specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten* F.C.W. Vogel, 1886.

19. Cfr. C. F. O. WESTPHAL, «Ueber die Verrücktheit», *Zeitschrift für Psychiatrie*, 1878, Vol. 34. 2, pp. 252-257.

20. SÉGLAS, J.: *Leçons cliniques*, op. cit., p. 386.

21. Véase sobre el particular J. Mª. ÁLVAREZ y F. COLINA (Dirs.), *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, Dorsa, 1994.

«No existe probablemente en psiquiatría una palabra que tenga una acepción más amplia y peor definida [que la paranoia]»[22].

En lo que atañe a la paranoia o *folie systématisée primitive*, Jules Séglas adoptó la posición tradicional de los autores alemanes pre-kraepelinianos. Por tanto, desaprobaba la transformación de la paranoia en la demencia paranoide[23]: «Kraepelin constriñe en exceso los límites de la paranoia, para encumbrar la demencia precoz con unas proporciones enormes»[24]. A diferencia de Kraepelin, por tanto, la paranoia incluye no sólo los delirios sistematizados sino también las formas agudas y las alucinatorias. Asimismo, al defender el alienista de La Salpêtrière que las formas agudas también debían situarse dentro del legítimo terreno de la paranoia, contradijo a Magnan y su escuela de Sainte-Anne, partidarios de considerar degenerados a los sujetos afectados de *bouffées* delirantes polimorfas.

Como se leerá en las lecciones traducidas a continuación, agrupó bajo la denominación de *paranoïa* o *folie systématisée primitive* al conjunto de los delirios sistematizados, fueran agudos o crónicos[25], enraizados todos ellos en un sentimiento hipertrofiado de la personalidad (*autophilie*, término que tomó prestado de Ball). Se trata, por tanto, de «un estado psicopático funcional, caracterizado por una desviación particular de las funciones intelectuales superiores, que no implica ni una disminución profunda ni un desorden general, acompañándose casi siempre de ideas delirantes más o menos sistematizadas y permanentes con frecuentes alucinaciones. Este delirio, que no representa sino una fase, el punto culminante de la afección, es independiente de toda causa ocasional o de todo estado mórbido emocional anterior; tiene su origen en la intimidad del carácter individual, de la personalidad; es un delirio primitivo»[26]. Conforme a la definición propuesta, la paranoia agrupa según Séglas lo que los alemanes venían designando como *primäre Wahnsinn* y *primäre Verrücktheit*.

---

22. Cfr. J. SÉGLAS, «La paranoïa: historique et critique», *Archives internationales de Neurologie*, 1887, t. XIII, pp. 62-76; 221-232; 393-406.

23. Lo que implicaba, en el fondo, la conversión de la locura parcial en una enfermedad del organismo.

24. SÉGLAS, J.: «La démence paranoïde», *Annales médico-psychologiques*, 1900, nº 12, pp. 232-246 (p. 232).

25. Al respecto de la paranoia aguda, escribió: «Son esos hechos los que nos parecen merecer la denominación de paranoia aguda, la cual no tiene nada de paradójico, desde el momento en que se afirma que *lo que tiene de agudo, de hecho, es el acceso de delirio paranoico*, en tanto que la constitución psíquica especial en la que se basa, y que es el elemento necesario e indispensable de la paranoia, le precede, la acompaña y persiste después, tan inmutable como en la paranoia crónica» (SÉGLAS, J.: «La démence paranoïde», op. cit., p. 240. (El subrayado es del autor).

26. SÉGLAS, J.: *Leçons cliniques*, op. cit., p. 384 (Lección XIV).

Desde su perspectiva semiológica, le resultaba evidente al alienista de La Salpêtrière que la paranoia no podía reducirse a los delirios de persecución, los cuales apenas serían un mero síndrome dentro de la locura sistemática primitiva. Clínico por excelencia, Seglás enseñó a sus alumnos a interrogar sobre los «elementos constitutivos» de los delirios de persecución, esto es, a situar con precisión los seis componentes principales: naturaleza de las persecuciones; fecha de inicio; denominación de los perseguidores; medios empleados; razón y objeto de la persecución sufrida; consecuencias y resultados obtenidos[27]. Llamó también la atención sobre las dificultades de interrogar a este tipo de alienados, porque desconfían y disimulan, son parcos en palabras y monótonos; a veces, sin embargo, la forma del discurso cambia y se acentúa la convicción delirante, la reclamación incesante, el odio, los celos y el orgullo. La construcción gramatical de las frases está en ocasiones alterada, sobre todo en los casos crónicos. Pero lo más importante, sin duda, es el atento examen del «contenido del discurso», de la «fórmula de la persecución».

Todo ello aporta una permanente reflexión sobre cómo indagar en el *pathos* y pensar la psicopatología. La simplificación actual de la formación clínica y teórica, rubricada por el uso de una taxonomía pelada de todo contenido y únicamente destinada a un diagnóstico superficial, contrasta con la conjunción de los detalles y la visión de conjunto que proponía Séglas: «No basta, para hacer un diagnóstico, con indicar la variedad del delirio; es necesario tener en cuenta la evolución de la enfermedad, el conjunto de los síntomas, de sus relaciones recíprocas y, sin darse por satisfecho con anotar tales o cuales ideas delirantes, es preciso esforzarse en reconocer el ellas los caracteres intrínsecos, psicológicos o clínicos, más particulares en tales o cuales circunstancias»[28].

Como se ha podido apreciar, el marco nosográfico de la paranoia se extiende con Séglas más allá de los muros que comenzaba a levantar Kraepelin, coincidiendo en buena medida con la amplitud que Freud habría también de atribuirle. Buena parte de esa extensión se debe al hecho de admitir la presencia de alucinaciones en el cuadro clínico. Eso no quiere decir que en la paranoia tenga el delirio un origen alucinatorio. Al contrario, Séglas se encargó de ilustrar desde perspectivas diversas la contingencia del fenómeno sensorial. Ahora bien, cuando irrumpen las alucinaciones, se advierte que ellas representan la «fórmula más perfecta y la más completa de las convicciones del alienado, su traducción en una forma sensorial»[29].

27. Ídem, pp. 500-501 (Lección XVI).

28. Ídem, p. 350 (Lección XIV).

29. Ídem, p. 513 (Lección XVI).

Mientras que en sus estudios sobre la paranoia Séglas se mantuvo en un posición clásica y contraria al menoscabo que le confirieron Kraepelin y Bleuler, en el terreno de las alucinaciones, sus aportaciones fueron incomparablemente novedosas. Además, sus puntos de vista acerca de la paranoia apenas si habrían de variar en el transcurso de su amplia carrera; pero no sucede lo mismo con las alucinaciones, cuyos consideraciones no dejaron de modificarse, hasta el punto de desdecirse y contradecir las tesis con las que principió en el panorama psicopatológico[30].

Desde el comienzo de su carrera, Jules Séglas propuso que las alucinaciones psíquicas estudiadas por Baillarger no tenían su origen en el exterior[31]. Al contrario, demostró que era el propio alucinado quien, determinado por el lenguaje, las producía. Todas estas constataciones provenían de una sutil aprehensión de la fenomenología de las alucinaciones. Y ciertamente, observando más de cerca a algunos de los enfermos ingresados en La Salpêtrière, Séglas pudo percatarse de que eran ellos mismos quienes musitaban o bisbiseaban en tono quedo las palabras que decían oír y atribuían a las «voces», pudiendo así desarrollar con mayor fundamento la feliz metáfora del sujeto ventrílocuo antaño consignada por Baillarger. Denominó a ese fenómeno «alucinaciones psicomotrices verbales» y las vinculó con las funciones motrices y del lenguaje, aunque de una forma bastante abstrusa según la cual las alucinaciones podrían explicarse como el reverso de las afasias. Tal oposición entre alucinación verbal y afasia se apoyaba esencialmente en el siguiente argumento: en la afasia motora sensorial el sujeto no percibe palabras realmente emitidas; por el contrario, en las alucinaciones verbales se oyen palabras que nunca lo fueron[32]. De esta manera, coherente con este modelo «afasiológico», Séglas separó, al inicio de su carrera, las alucinaciones sensoriales, que afectan al oído, vista, olfato y tacto, de aquellas otras que conciernen al lenguaje.

---

30. Las consideraciones que siguen respecto a las alucinaciones se basan en tres textos: J. Mª. ÁLVAREZ y Francisco ESTÉVEZ, «Las alucinaciones: historia y clínica», *Frenia*, Vol. I-1-2001, pp. 65-96; J. Mª ÁLVAREZ, *Estudios sobre la psicosis*, op. cit., pp. 101-138; y «Sobre las relaciones entre las alucinaciones y el lenguaje en la obra de Séglas», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1998, vol. XVIII, nº 68, pp. 667-671.

31. En opinión de Séglas, es más adecuada la denominación «alucinaciones psicomotrices verbales», porque, «tenemos razón al decir que las alucinaciones que Baillarger llama psíquicas sólo son alucinaciones psicomotrices que conciernen al centro del lenguaje articulado» (SÉGLAS, J.: *Les troubles du langage chez les aliénés*, op. cit., p. 132).

32. Al respecto, G. LANTÉRI-LAURA escribió: «Es el automatismo prestado a las dos zonas del lenguaje [zona de WERNICKE, para las alucinaciones psicosensoriales verbales; zona de BROCA, para las alucinaciones psicomotrices verbales] quien da cuenta de las dos variedades de alucinaciones verbales» (LANTÉRI-LAURA, G., «La notion d'automatisme dans la médecine et dans la psychiatrie modernes», en GRIVOIS, H. (dir.), *Autonomie et automatisme dans la psychose*, Masson, París, 1992, pp. 7-29).

Sin embargo, siempre atento e interesado por los descubrimientos científicos de su tiempo, algunas décadas después Séglas incorporaría progresivamente ciertas modificaciones provenientes de la psicología y de la lingüística, menos dependientes de las teorías afasiológicas y de las localizaciones cerebrales imaginarias. En esta revisión continua se inscriben sus últimas y memorables aportaciones, surgidas de un giro hacia la psicología, sorprendente en su trayectoria pero coherente con su infatigable curiosidad. Sus últimas aportaciones constituyen una pequeña revolución en la historia de la clínica mental y tienen como colofón la vinculación consustancial que une el lenguaje y las alucinaciones, propuesta cuya profundidad merece la reflexión que sigue[33].

III.— ALUCINACIONES Y LENGUAJE

Una vez más se cumple el principio de que cada uno ve y escucha en los enfermos lo que le permite su teoría y su bagaje conceptual.

En el caso de Séglas es más que notorio. Su rica aportación al estudio de las alucinaciones es una demostración más de esta dependencia, pues la fina descripción de que hace gala no supera ni la noción de percepción, ni la concepción del lenguaje, ni la causalidad cortical que identificaban la psicología de su tiempo.

Sin duda, es de admirar la pulcritud de sus detalles y el énfasis que pone en los aspectos verbales, así como la insistencia con que nos recuerda que la aparente facilidad para dar cuenta de lo que es una alucinación esconde muchas dificultades. Asunto, este último, que hoy adquiere una resonancia especial, cuando los tratados y enciclopedias más consultados han dejado de lado el estudio de los síntomas y los dan por sabidos con insultante facilidad. La alucinación, el delirio o la angustia ya no ocupan un espacio principal, desplazados por la absorbente importancia de síndromes, diagnósticos y enfermedades.

Sea como fuere, su concepción de las alucinaciones resulta en exceso sensorial. Incluso cuando aborda las alucinaciones verbales, las describe con la precisión y el realismo con que hoy podríamos referirnos a las alucinosis. Del mismo modo que, obligado por su exigente referencia cerebral, tiende a resolver el enigma de las voces remitiéndolas a un origen motriz, al motor de la articulación. Su modelo del lenguaje, por último, adopta sin pestañear el empirismo decimonónico, donde la percepción despierta la idea que, a su vez, es traducida en palabras. El sentido, en definitiva, despierta la idea que acaba siendo etiquetada por la palabra. Debido a esta estrechez conceptual, bien marcada por estos tres registros, entendemos que por su necesidad para casar forzadamente sus ideas con la realidad, uno de

33. Véase J. SÉGLAS, «Préface», en H. EY, *Hallucinations et délires*, París, Alcan, 1934.

los casos más demostrativos a los que recurre sea un deficiente mental, que en estos asuntos parece un modelo poco de fiar.

Por otra parte, este mismo sensorialismo le hace tratar las «voces interiores», las *pseudoalucinaciones* (Kandinsky, Hagen y Hoppe), bajo el modelo de las alucinaciones externas, en dirección contraria a lo que aquí vamos a proponer, pues partimos de que la alucinación por excelencia es la alucinación verbal interna, nombrada de distintas formas por parte de los psicopatólogos: *falsas* alucinaciones (Michéa), alucinaciones *aperceptivas* (Kahlbaum), alucinaciones *pálidas* (Griesinger), alucinaciones *psíquicas* (Baillarger).

Así las cosas, nos corresponde hacer un breve planteamiento de lo que una psicopatología basada en el estudio de los autores clásicos y abierta a las aportaciones freudianas, antes que a las hipótesis neurofisiológicas, puede aportar al mejor conocimiento del fenómeno alucinatorio.

Para empezar, cabe descartar, y si pudiera ser de una vez por todas, la definición canónica de «percepción sin objeto», porque probablemente poco tienen que ver las alucinaciones con las percepciones. Ya Merleau-Ponty[34] lo cuestionaba sugiriendo que la alucinación no es una patología de la percepción. También Henri Ey propuso, en su conocido *Tratado sobre las alucinaciones*, la indistinción entre delirio y alucinación, pues estaríamos a su juicio ante un mismo hecho clínico, sólo diferenciable por estar revestido de un mayor componente ideico o sensorial, es decir, simbólico o imaginario, si damos por buenos estos términos más actuales. Su emergencia no se desencadenaría por una confluencia morbosa del *percipiens* y de la realidad capaz de provocar un *perceptum* patológico, sino que participaría del mismo origen que el discurso delirante[35]. Resulta por lo tanto incoherente clasificarlas, como se hacía tradicionalmente, en auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles. Los sentidos no forman parte del problema.

Por lo pronto, definimos en todas las circunstancias las alucinaciones como un «delirio alucinatorio», y por su compromiso con la representación del mundo simbólico y del cuerpo, reconocemos a las alucinaciones verbales o pseudoalucinaciones, a las voces interiores, como las alucinaciones propiamente dichas, a la misma altura que las alucinaciones corporales, que no deben ser olvidadas en este engranaje básico de las psicosis. Cuerpo y lenguaje son los dos grandes escenarios de la psicopatología, tan inseparables entre sí como lo son, en el fondo, el delirio y la alucinación.

En rigor, es oportuno recordar que el propio Séglas se aproximó a este punto de vista en la rectificación con que culminó su obra cinco años antes de morir. En

34. Véase: M. MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, París, Gallimard, 1945.

35. Cfr. H. EY, *Traité des hallucinations*, París, Masson 1973, 2 vols.

1934 escribió un artículo sobre las alucinaciones y lenguaje que venía a cambiar radicalmente sus ideas anteriores sobre el asunto. Dicho trabajo, que servía de prefacio al libro de H. Ey sobre *Hallucinations et délires*[36], defendía finalmente el carácter delirante de las alucinaciones: «A partir de ese momento ya no es posible considerarla [la alucinación] como un simple trastorno psicosensorial; como un *delirio de las sensaciones* según el término antiguamente al uso. Se convierte así en un verdadero *delirio*, entendida la expresión en su más pleno significado»[37].

Todo esto nos lleva a recordar que las alucinaciones constituyen un suceso casi inefable. De difícil si no imposible descripción. De hecho, sólo admiten un diálogo equívoco y restringido. El psicótico alucinado se encuentra ante una experiencia enigmática y fugitiva del universo representativo, que no puede asimilar y que sólo abarca a través del delirio y la alucinación. Por ese motivo, las alucinaciones son un intento de recuperar la capacidad simbólica frente a un lenguaje desgarrado y un cuerpo fragmentado, que se muestran, desde ese momento, impotentes para afianzar el cimiento lingüístico que nos sostiene y la carne que nos ensambla, figuras indispensables para participar en una realidad común con la mayoría de los hombres. No cabe, como algunos defienden, un diálogo fluido con el alucinado sobre sus alucinaciones, pues éstas pertenecen a otra lengua, a un ejercicio verbal que no se puede compartir. Como el delirio, la alucinación es de un corte lingüístico distinto que no sirve para comunicar sino tan solo para revestir y argamasar una realidad que se desmenuza. Por ese motivo se entiende que Schreber calificara las voces que oía de un «puro absurdo, acompañado de una nada desdeñable acumulación de injurias», pues ni se pueden explicar coherentemente ni logran librarse de una primera interpretación perjudicial y autorreferida.

Resultan poco creíbles, por consiguiente, las descripciones de los psicopatólogos —entre ellos Séglas en estas *Lecciones*— cuando dan cuenta del testimonio de los pacientes y lo hacen como si éstos realmente oyeran lo que dicen al modo de las personas normales, y pudieran incluso responder a nuestra curiosidad sobre la forma y el contenido, la intensidad, el timbre, el control voluntario, la atribución, la proyección espacial y el juicio de realidad, así como discriminar si se trata de un monólogo o un diálogo, si la voz es afectuosa o amenazadora, si se percibe por un oído o por los dos, o bien proporcionarnos cualquier otro detalle propio de la experiencia perceptiva habitual. Esto no existe en las psicosis. Perseverar en investigarlo de ese modo viene a mostrar —como se ha hecho ver por algún estudioso— que el clínico llega a creer en las alucinaciones más que el propio

36. H. EY, *Hallucinations et délires*, op. cit.

37. Citamos por la traducción española de Ramón ESTEBAN: SÉGLAS, J.: «Las alucinaciones y el lenguaje (1934)», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, vol. XVIII, nº 68, pp. 673-677; p. 673.

alucinado, o que confunde la alucinación con la alucinosis cortical. Ejemplo de ello daría nuestro autor cuando nos propone que «el sujeto afirma que oye esas voces absolutamente igual que oye las de ustedes cuando le hablan». Claro que, como hemos indicado, en 1934 modificó su opinión y propuso una valoración muy diferente: «En resumen, lo que ahora constituye lo característico de esos fenómenos no es el manifestar un mayor o menor parecido con una percepción exterior, sino el ser fenómenos de automatismo verbal, de un pensamiento verbal desgajado del yo, un caso —podríamos decir— de alienación del lenguaje»[38].

Las alucinaciones, por otra parte y recuperando el hilo de nuestra reflexión, no dejan de ser un síntoma en el sentido freudiano del término, y como tal presentan dos facetas: una, como un suceso deficitario que sobreviene pasivamente y se impone al sujeto contra su voluntad, y, la otra, como una defensa, como un recurso del propio alucinado para suturar la escisión que se ha abierto en su mundo.

Este doble aspecto de la alucinación nos permite, a su vez, distinguir en su estructura dos componentes inseparables, producto de la fractura de la palabra que padece el psicótico, el de los significantes y el de los significados, pues, al desatarse la crisis, la parte material de la palabra y el componente semántico se separan y ponen fin a su pacífica convivencia. A raíz de este desencadenamiento hay un proceso delirante y alucinatorio propio del significante que puede ser separado del que corresponde al significado. El primero da cuenta de lo que Séglas llama «*alucinaciones elementales auditivas*» que llevan a percibir *sonidos brutos*. Un proceso constituido por *fenómenos elementales* que queda perfectamente resumido en todos aquellas manifestaciones que Clérambault recogió en su célebre automatismo mental, unidades que describe como pasivas y atemáticas, poniendo a la cabeza de ellas el eco del pensamiento y, junto a él, distintos «anideismos diversos»: parada o vacío de pensamiento, paso de pensamientos invisibles, palabras explosivas, sinsentidos, juegos silábicos, intuiciones abstractas, devanado mudo de los recuerdos, kiries de palabras, etc[39]. Peripecias que acontecen de modo incoercible y que pronto pierden su carácter primitivo, material, y se cargan de cierta significación inédita, no pocas veces reveladora. Refuerzo, además, insuficiente para que las palabras pierdan del todo el carácter de cosas físicas que desconciertan y atormentan al psicótico[40].

---

38. Ibid, p. 675.

39. Cfr. G.G. de CLÉRAMBAULT, *Œuvre psychiatrique*, 2 vols., París, Presses Universitaires de France, 1942. En concreto, sobre el automatismo mental puede consultarse la traducción española parcial: *El automatismo mental*, Madrid, Dor-Eolia, 1995.

40. Las cuestiones aquí apuntadas pueden leerse desarrolladas en: José María ÁLVAREZ y Fernando COLINA, «Las voces y su historia: sobre el nacimiento de la esquizofrenia», *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura*, 2007, nº 6, pp. 4-12; y en su continuación: «Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad», *Frenia*, 2011, Vol. XI, pp. 7-26.

El cuerpo, por su parte, presente como protagonista principal en el origen de todas las manifestaciones psicóticas, padece un automatismo carnal que reúne un cortejo de inquietantes experiencias[41]. El «lenguaje de órgano» al que aludía Freud, para referirse a este problema, nos deja en la práctica un florilegio espectacular de síntomas que lo involucran directamente: desaparición y multiplicación de órganos, vísceras manipuladas, fragmentadas y deformadas, posesiones e influencias somáticas, disociaciones, etc.

Con estos materiales verbales y corporales el psicótico intenta construir el edificio de la alucinación y el delirio a fuerza de forjar un significado que, aunque rudimentario, pues no sirve para hacerse entender y establecer la relación social que el lenguaje ordinario garantiza, basta en cambio para dar un sentido, aunque sea apurado y frágil, a la realidad. Esta primera significación es principalmente autorreferencial y trata de evitar la angustia irrepresentable que le asalta, esa angustia que se presenta al modo de «las ráfagas de nada» a las que con altivo temor se refería Artaud. Un sentido que, desde el ángulo significante de la alucinación, encarnan inicialmente las «voces» alucinatorias y los cambios corporales, mientras que desde el del delirio se reúnen más tarde en los significados de persecución, las manipulaciones físicas intencionadas, la vivencia de imposición, el robo del pensamiento o las ideas de perjuicio.

Ahora bien, si se nos permite una última e inquietante reflexión, cabe advertir que no se sabe bien si por efectos de los tratamientos, de una mejor asistencia o de la evolución histórica de la subjetividad, pues los factores causantes pueden ser heterogéneos y abigarrados, cada vez son más frecuentes los casos, antes excepcionales, en que las voces se acompañan de una clara impresión de anormalidad y de falta de delirio. De ser esto cierto, su existencia pondría en jaque la idea de que todas las alucinaciones son delirantes. Sucede que algunos de los nuevos psicóticos no dudan en reconocer como patológicas, como «inverosímiles» o «producto de la imaginación» gran parte de sus contenidos alucinatorios, aunque siempre es difícil que lo hagan de la totalidad y no distingan finalmente dos tipos de voz, la que aceptan como anómala, siguiendo este criterio, y la que alojan en el ámbito de la verdad delirante. Sin embargo, es evidente que no deliran con facilidad aunque muestran con toda su intensidad los aspectos negativos de la psicosis, el autismo en especial.

Estas voces «criticadas» no se organizan en delirio. Al carecer apenas de significado, al detenerse en el automatismo sin construcción delirante, no consiguen embragarse con la idea de referencia, de perjuicio y omnipotencia que definen

41. Sobre el automatismo carnal seguimos las consideraciones de F. COLINA, *El saber delirante*, Madrid, Síntesis, 2001.

al delirio, al tiempo que apenas funcionan como defensa. Ésta es su nueva circunstancia.

Las alucinaciones, como cualquier otro síntoma psicótico, en especial los conocidos como positivos, son maleables y cambian con el tiempo, las épocas y el trabajo personal del psicótico. El libro que prologamos es un buen ejemplo de estas diferencias, a la vez que constituye un estímulo tentador para aprovechar no sólo las lecciones del propio Séglas, sino también las proporcionadas por sus enfermos que, entonces y siempre, pueden acabar cambiando radicalmente nuestras ideas aunque sea al final de una carrera fecunda y excepcional.

José María Álvarez
Fernando Colina
Ramón Esteban

[PREFACIO]

Desde 1887, durante mi desempeño como médico adjunto, he dictado todos los años en La Salpêtriére una serie de lecciones clínicas sobre *la semiología y el diagnóstico*[1] de las afecciones mentales y nerviosas; enseñanza completamente libre, sin el más mínimo carácter oficial[2].

Cada año, varias de esas lecciones han sido resumidas en diversas revistas por los alumnos de nuestros servicios, señores A. Marie, Béchet y H. Meige. Una serie de ellas proporcionó contenidos a mi libro sobre los *Trastornos del lenguaje en los alienados*[3].

A instancia de algunos fieles oyentes, he reunido en este volumen veinte de las últimas lecciones, dictadas en 1893 y 1894, reproduciendo a continuación de ellas algunas de las que habían sido publicadas anteriormente.

En su mayor parte, los apuntes fueron tomados por el señor H. Meige[4], que ha tenido la amabilidad de encargarse de redactarlos y de revisar las otras lecciones. Sus amistosos sentimientos hacia mí le impusieron una ingrata tarea. Creo que ha sabido llevarla a buen fin.

A pesar de todos nuestros esfuerzos, no se me ocultan las imperfecciones de este trabajo.

---

1. Respetamos en todo el texto las cursivas del autor.

2. El 21 de juio de 1886, SÉGLAS ganó una plaza de médico adjunto del Cuerpo de Alienistas de los Hospitales de París (Bicêtre y La Salpêtrière), que no tenían funciones en la enseñanza oficial. Adjunto de Jules FALRET en La Salpêtrière hasta 1898, dictó sus famosas *Lecciones clínicas* desde 1887 a 1894.

3. Jules SÉGLAS, *Des troubles du langage chez les aliénés*, París, Rueff, 1892.

4. Henry MEIGE, neurólogo francés (1866-1940). Alumno de CHARCOT. Doctorado en 1893, ganó una plaza de médico en La Salpêtrière. Desde 1920 fue también profesor en la Escuela de Bellas Artes de París. Sus intereses incluyeron la investigación osteomuscular en el gigantismo y la acromegalia, los tics, las neuropatías erráticas y las alteraciones extrapiramidales. MEIGE fue uno de los editores de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* y de la *Revue Neurologique*. En todas sus necrológicas apareció mencionada con simpatía su tendencia a aprovechar los congresos médicos en Madrid, Bruselas y Londres para visitar los museos de arte. No es raro que dejase un epónimo compartido con un pintor: con el nombre de síndrome de MEIGE o síndrome de PETER BRUEGHEL se conoce el blefaroespasmo primario asociado a distonía oromandibular, descrito por nuestro médico y quizá inspirado en el *Hombre bostezando* (*De gaper*), pintado más de trescientos años antes por el artista holandés.

Hemos intentado sobre todo conservar la fisonomía clínica de estas lecciones.

Quizá la bibliografía puede parecer escasa. Intencionalmente, la he limitado a algunas sugerencias; una lección clínica consiste en mostrar determinados datos, no en hacer una revisión.

Por el contrario, pues, he recopilado y detallado un cierto número de hechos escogidos entre todos los que los que me han permitido observar quince años de práctica especializada.

A falta de otras ventajas, este volumen será al menos la agrupación de unos cuantos documentos dispersos.

Siempre he intentado ser lo más sencillo posible, mantenerme estrictamente en el punto de vista de la observación clínica.

Ése es, a mi parecer, el principal en el estudio de los alienados, tanto en lo que respecta a la práctica como en lo que se refiere a las investigaciones científicas de cualquier orden, pues constituye la base necesaria e indispensable de ambos aspectos.

Puede reprochárseme, sin duda, haberme limitado a un ámbito muy estrecho. Los oyentes que me han hecho el honor de seguir estas conferencias, seguramente habrán constatado por sí mismos que si hubiese sido posible mejorar algo, apenas habría podido, pese a mi mejor voluntad, hacer ninguna otra cosa en las condiciones en que me encontraba, con los escasos materiales y las precarias instalaciones de que disponía.

He intentado sacar el mejor partido posible de todo eso. Espero que mis esfuerzos serán tenidos en cuenta.

J. S.

PRIMERA LECCIÓN

LAS ALUCINACIONES[1]

SUMARIO.— Definición de alucinación.— Teorías propuestas para explicarla.— Divisiones: alucinaciones conscientes e inconscientes; alucinaciones elementales, comunes, verbales.

Génesis de las alucinaciones.— Alucinaciones auditivas, elementales, comunes.— Alucinaciones verbales: visuales, auditivas.— Mecanismo de la función del lenguaje.— Ejemplo clínico de las alucinaciones verbales auditivas.

Alucinaciones motrices comunes.— *Alucinaciones verbales psicomotrices*.— El centro motor de la articulación es la sede de las alucinaciones verbales psicomotrices.— Argumentos a favor de esta teoría.— Características clínicas de los pacientes que sufren alucinaciones motoras verbales

Grados de la alucinación verbal motriz: conversación mental, alucinación verbal motriz, impulsión verbal.— Ejemplo clínico.

Diagnóstico semiológico de las alucinaciones.— *Ilusión*.— *Interpretación delirante*.— Diagnóstico actual y retrospectivo.— Diagnóstico mediante los signos objetivos: actitudes, mímica, atuendo, etc.

SEÑORES[2],

También este año, vamos a ocuparnos del diagnóstico de la locura.

Un tema tan extenso no podría ser abarcado por completo en el pequeño número de lecciones de que dispongo. Forzosamente, debo acotarlo.

Me ceñiré sobre todo a aquellas cuestiones que estén a la orden del día en psiquiatría. No crean que todas son nuevas; pero entre las más antiguas y las más discutidas, muchas han experimentado hoy algo así como un rebrote de actualidad, que me anima a exponerlas ante ustedes.

---

1. [Nota de Séglas] Lección del 14 de enero de 1894, publicada por el Sr. H. MEIGE en *Journal des connaissances médicales*, nos 6 y 7, de 1894.

2. En la traducción mantenemos en lo posible el tono «oral» de estos apuntes (repeticiones, formas demasiado coloquiales, etc.), aunque algunas veces los modifiquemos en pro del sentido.

No siempre es fácil concebirlas con claridad, y aún menos explicarlas bien. Así que procederemos de lo elemental a lo complejo: antes de abordar la nosografía propiamente dicha, haré pues algunas incursiones en el terreno de la semiología.

Les hablaré hoy de las *alucinaciones*, y en especial de las *alucinaciones verbales*, en sus manifestaciones más simples.

Parecería que una alucinación fuese un síntoma fácil de reconocer. Desconfíen ustedes, señores, de esa simplicidad aparente. Encontrarán a este respecto muchos errores diagnósticos, y no son raros los casos publicados en los que se ven descritos bajo el nombre de *alucinaciones* fenómenos que no tienen con ellas relación alguna.

Se han multiplicado las definiciones de la alucinación. La mejor, a mi entender, es la que la presenta como una *percepción sin objeto*. Un enfermo ha escuchado unas voces, afirma enérgicamente que han impresionado su oído, incluso repite lo que han dicho; y sin embargo tal enfermo estaba completamente solo, sin interlocutor; con frecuencia, el propio paciente lo señala. Es un fenómeno puramente subjetivo; y muy a menudo el único criterio que podemos tener de todo eso es la afirmación del sujeto que *dice* haberlo oído.

La alucinación ha sido muy estudiada, y para explicarla se han formulado bastantes teorías. Se las puede reducir a cuatro principales:

La primera de ellas (*teoría periférica o sensorial*) coloca en el propio órgano de los sentidos la sede de la alucinación. Otra, absolutamente inversa (*teoría psíquica*), considera que la alucinación es un fenómeno puramente intelectual, un fenómeno de la ideación.

A continuación vendría la *teoría mixta o psico-sensorial* —la que defendía Baillarger[3]— y que aún admiten algunos alienistas.

Finalmente, desde hace algunos años se ha elaborado otra teoría, defendida sobre todo por Tamburini; es la teoría que relaciona la alucinación con un trastorno funcional de los *centros corticales*.

---

3. Jules BAILLARGER (1809-1890), alienista francés. Alumno de ESQUIROL. En 1840 ingresa en el Cuerpo de Alienistas de los Hospitales de París y obtiene una jefatura de servicio en La Salpêtrière. Con CERISE y LONGET, funda en 1843 los *Annales médico-psychologiques*, que se siguen publicando hoy en día, y en 1852 la Societé Médico-psychologique. Autor de una obra escrita prolífica, repartida entre la revista que fundó y el *Bulletin de l'Académie de Médecine*. A él se debe la expresión *folie à double forme* [locura de doble forma] para designar la psicosis maníaco-depresiva, que fue uno de los primeros en describir con detalle. Baillarger distinguió también entre *alucinaciones psíquicas* y *alucinaciones sensoriales*; estas últimas, para él, *voces exteriores*, y las otras *voces interiores*. Páginas adelante, SÉGLAS vuelve a tratar las ideas de BAILLARGER acerca de la patogenia de estas clases de alucinaciones.

En mi opinión, esta última merecería ser universalmente adoptada. Encaja mejor que cualquier otra con los datos de la anatomía y la patología cerebrales. Permite abordar cuestiones y analizar metódicamente formas clínicas que las otras teorías serían incapaces de explicar. Espero que en el curso de estas lecciones tendrán ustedes la ocasión de apreciar su valor.

No insisto más y paso a continuación a las propuestas que se han hecho para dividir las alucinaciones. Una primera diferencia permite separarlas en *conscientes e inconscientes*. Los términos se explican por sí mismos. En el primer caso, el paciente reconoce que está experimentando un fenómeno patológico; en el segundo, ignora dicho carácter morboso.

También se dividen las alucinaciones según el sentido específico al que afecten; y, como bien saben ustedes, pueden afectar a todos ellos: vista, oído, olfato, gusto, tacto y también a las sensaciones genitales.

Una división tal no es inaceptable; pero no nos debemos quedar ahí; hay que llevar nuestro análisis algo más lejos.

Tomemos como ejemplo las alucinaciones del oído.— Son las más frecuentes, y nos servirán de guía en este estudio; podrán ustedes aplicar a las otras, totalmente (a las de la vista, por ejemplo), o en parte, los razonamientos que hagamos a este respecto.

Hay muchas clases de alucinaciones del oído, pues las operaciones intelectuales que siguen a una impresión auditiva son múltiples.

En primer lugar está la *percepción auditiva bruta*, que permite percibir un sonido con todas sus características generales: intensidad, timbre, tono. Se percibe el sonido en tanto que sonido, nada más.

Un grado más fino constituye la *percepción auditiva diferenciada*; el sonido percibido es ahora puesto en relación con la idea del *objeto* que lo produce. Oigo un *sonido* y digo: ese sonido es el de una *campana*. El sonido que ha estimulado mi sentido del oído ha despertado en mi mente la idea del objeto específico (campana) al que se lo atribuyo.

Tenemos finalmente la *percepción auditiva verbal*, la que nos permite oír la palabra pronunciada ante nuestros oídos, no sólo como sonido o conjunto de sonidos, sino como sonidos diferenciados relacionados con la idea del objeto al que se aplican.

Estas divisiones, que son comúnmente admitidas, pueden permitirnos una clasificación correspondiente de las alucinaciones auditivas.

La patología ya nos ha enseñado que cualquiera de los tres modos de percibir los sonidos puede estar alterado. También se han diferenciado: la

sordera cortical caracterizada por la pérdida del sonido bruto; la *sordera psíquica* que hace perder la facultad de relacionar un sonido con el objeto que lo produce; y finalmente la *sordera verbal* o pérdida de la audición de las palabras en tanto que expresan la idea de un objeto.

Como ya he expuesto en anteriores publicaciones, aplicando esta división a las alucinaciones auditivas podemos paralelamente considerar:

Unas *alucinaciones auditivas elementales* que llevan a percibir *sonidos brutos*;

Unas *alucinaciones auditivas comunes* que hacen oír *sonidos relacionados con objetos* determinados;

Finalmente, unas *alucinaciones auditivas verbales*, en que los enfermos escuchan *palabras que representan ideas*.

Estas tres variedades de las alucinaciones no tienen el mismo valor diagnóstico ni pronóstico. Además, si bien las dos primeras son hasta cierto punto bastante simples, la tercera, por el contrario, es compleja, interviniendo en el proceso patológico la función lenguaje, ella misma a su vez tan complicada.

Pues bien, señores, en clínica es fácil encontrarse con esas mismas divisiones, y los propios enfermos se expresan de diversas formas acerca de sus alucinaciones. Los hay que oyen sonidos puros que traducen en su habla mediante onomatopeyas, o los describen por comparación. Otros perciben sonidos bien diferenciados que relacionan con los objetos que creen que los producen. Otros, en fin, oyen voces articulando palabras que representan ideas.

Establecidas tales diferencias, veamos cómo se producen las alucinaciones.

Estudiaré primero una alucinación auditiva elemental. Para comprender bien su génesis, es importante recordar cómo se forman en nuestra mente las ideas acerca de las cosas.

¿Cómo llegamos a tener, por ejemplo, la idea de *campana*? Cuando una campana vibra por primera vez al alcance de nuestros oídos, el sonido produce una impresión en el nervio sensorial del oído, el cual la transmite al centro cortical auditivo común. Allí, algunas células estimuladas por dicha impresión serán a partir de ese momento funcionalmente diferentes. Desde entonces, responderán a ese sonido ya antes percibido. Y cada vez que por cualquier razón (el mismo sonido retumbando en el oído, o evocado por algún recuerdo) dichas células sean estimuladas de nuevo, la imagen auditiva se despertará con todas sus características particulares y reconoceremos ese sonido de campana, pero sólo en cuanto sonido.

Pero supongan ustedes que, en lugar de una impresión exterior, fuese un trastorno patológico lo que llegase a estimular esas mismas células auditivas funcionalmente empleadas en reconocer ese sonido en especial. El enfermo tendrá la percepción de tal sonido, sin que la campana sin embargo lo haya causado; tendrá una *alucinación auditiva elemental*.

Eso no es todo.

Si a la vez que oímos el sonido de la campana la tenemos ante los ojos, al tiempo que el centro auditivo se impresionará otro centro cortical más: es el centro visual donde se formará la imagen visual de la campana.

Esta nueva imagen se va a asociar con la precedente. Y pueden ustedes aplicar el mismo razonamiento a las imágenes que nos proporcionan el resto de los sentidos. De su agrupamiento y de su asociación resulta la idea completa que tenemos de un objeto, de la campana en nuestro caso particular.

Y cuando el trastorno patológico que constituye la alucinación auditiva venga a estimular de nuevo las células corticales, diferenciadas ya por el estímulo auditivo, pero ahora asociadas a otras impresiones sensoriales relacionadas con el mismo objeto, suscitará al mismo tiempo las otras imágenes, cuya asociación concurre a dar la idea del objeto que se presentará así en la mente del alucinado.

En el primer caso, al ser reevocada una imagen auditiva aislada la alucinación no podía dar más que una impresión de sonido bruto.

En el segundo, al estar asociada la imagen auditiva a las otras imágenes del objeto campana, la alucinación las despertará todas juntas y dará una idea completa de tal objeto. Es la *alucinación auditiva común*.

Pasemos a casos más complejos, a las *alucinaciones verbales*, y para facilitar la exposición supongamos que la alucinación sea una *palabra*. Podrían ustedes aplicar el mismo razonamiento a una frase, o a una alocución más larga.

La *palabra*, como ustedes saben, se compone de cuatro imágenes asociadas entre sí. Cada una de esas imágenes está localizada en un centro específico de la corteza cerebral: las imágenes verbales auditivas en el *centro auditivo*, a nivel de la primera circunvolución temporal; las visuales en el *centro visual*, vecino al pliegue curvado; las motrices de la articulación en el *centro motor de la articulación* (circunvolución de Broca). No abundaré más acerca de estas localizaciones bien conocidas.— También dejaremos de lado, por el momento, las imágenes y el centro gráficos.

No ignoran ustedes que, según la predominancia relativa de tal o cual de estas imágenes, podemos dividir a los individuos en *visuales*, *auditivos* y

motores. La diferencia no siempre es fácil de establecer; sin embargo está muy clara en ciertos casos.

Esas imágenes verbales asociadas entre sí constituyen lo que llamamos la *función lenguaje* y sirven para dar cuerpo a nuestro pensamiento durante la reflexión: es el *lenguaje interior*.

Entre este lenguaje y el que nos sirve para comunicarnos con nuestros semejantes, *lenguaje exterior*, en el fondo no hay más que una diferencia: el primero es una operación íntima, mientras el segundo supone una sensación real debida a una estimulación exterior (audición, lectura) o un acto efectivo (hablar, escribir).

Generalmente borrosas y poco precisas en el lenguaje interior, las imágenes verbales toman a veces —por ejemplo, bajo la influencia de un estado de excitación de los centros corticales— una intensidad mayor y llegan a ser tan vivas como las del lenguaje exterior. Llegan así a *exteriorizarse*. Entonces, el sonido de una palabra puede ser percibido como si viniese del exterior, y, como no hay ningún estímulo exterior que lo despierte, tal sonido entra en el terreno de las alucinaciones. El enfermo cree que un individuo, localizado fuera de él, ha pronunciado esa palabra: ha tenido una *alucinación verbal auditiva*.

Esto se puede presentar con muy distintas características. La voz puede ser lejana o próxima; puede revestirse de timbres variables; puede ser afectuosa o amenazadora; se perciben por uno sólo de los oídos (alucinaciones unilaterales) o por ambos. A veces un monólogo, otras un diálogo; bien sea un discurso directamente dirigido al enfermo, bien una conversación entre dos personajes diferentes.

Pero en todos los casos el sujeto afirma que oye esas voces absolutamente igual que oye la de ustedes cuando le hablan; punto capital cuya importancia clínica deben ustedes apreciar. No olviden que el paciente, sin entero control de sí mismo y bajo el imperio de la alucinación, adopta la actitud de una persona que escucha, y se vuelve hacia su interlocutor imaginario.

Estas alucinaciones verbales auditivas son las más frecuentes entre los alienados. Eso se debe a que la mayoría de las personas, y de forma natural, somos de predominancia auditiva.

Además, si uno no lo es, se puede convertir en auditivo mediante la práctica, y los alienados nos dan la prueba de ello. En algunas formas crónicas en que predominan las alucinaciones auditivas, el enfermo llega a no poder pensar sin *oír* su pensamiento reflejarse hacia afuera, antes incluso de que lo haya formulado; ya conocen ustedes todos esos fenómenos que se designan en psiquiatría bajo el nombre de *eco del pensamiento*.

La clínica ofrece ejemplos de todas las variedades de alucinaciones auditivas; los más hermosos se encuentran en los delirios sistematizados de persecución de evolución progresiva[4].

Señores, lo que acabo de decirles respecto a las alucinaciones del oído podría repetírselo acerca de las de la vista. Hay alucinaciones visuales elementales: visiones de chispas, llamas, relámpagos, etc.— Las hay que se refieren a objetos bien definidos: se ven fantasmas, asesinos, calaveras, etc.— Finalmente, hay *alucinaciones visuales verbales* cuando el proceso alucinatorio afecta al centro visual de las palabras.

Yo mismo he dado anteriormente a conocer un cierto número de ejemplos de estas últimas. Recuerden la alucinación histórica del festín de Baltasar[5], en el cual los convidados *vieron* las palabras: *Mane, tekhel, fares* escritas en el muro. Algunos enfermos ven letras, otros palabras, como aquel místico melancólico que creía ver escrito ante sí los términos: *maldito*, *condenado*, etc.

Hay casos más complejos aún. Un paciente que he estudiado en Bicêtre, afectado por un delirio de persecución con ideas magalomaniacas, vio un día escritas sobre una lámpara de porcelana las palabras: *Te quiero*. Poco a poco,

---

4. Tomando como referencia el delirio de persecución de LASÈGUE, MAGNAN comenzó la elaboración teórica del delirio crónico de evolución sistemática en 1883, en el marco de sus lecciones clínicas. En su curso de 1886-87 le consagró una lección, y poco después se suscitaron las primeras discusiones en el seno de la Sociedad Médico-psicológica. Fue sobre todo en las lecciones de 1888 y 1889 cuando perfeccionó su modelo. Culminación de estos desarrollos fue la monografía que escribiera con su alumno SÉRIEUX en 1892. A decir de MAGNAN, el *délire chronique à évolution systématique* consiste en una especie patológica claramente definida y metodológicamente regular en su evolución, la cual se despliega a lo largo de cuatro fases características, sucesivas e inexorables. En dichas fases el paciente se presenta sucesivamente bajo cuatro aspectos bien distintos: está primero inquieto, se siente más tarde perseguido, luego se muestra megalómano y al final demente. Magnan trató de acomodar en este orden evolutivo –ficticio para muchos autores– a todos los delirantes crónicos, llegando a fijar incluso la transición entre las interpretaciones delirantes y la aparición de las alucinaciones: «Por último, la idea constante de una persecución, la tensión incesante de la mente al acecho, acaban por retumbar sobre el centro cortical auditivo; el pensamiento basta por sí solo para despertar la imagen auditiva verbal: es la *alucinación auditiva*. El enfermo entra entonces en el segundo período de la psicosis» (MAGNAN, V. y SÉRIEUX, P.: «Délire chronique à évolution systématique», en A. MARIE (dir.), *Traité International de Psychologie pathologique*, Vol. II, París, Alcan, 1910, pp. 605-639 [p. 615]). Véase: V. MAGNAN, *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne)*, París, Louis Bataille Éditeur, 1893 (2ª ed.), pp. 213-315; una versión más refinada puede leerse en: V. MAGNAN y P. SÉRIEUX, *Le délire chronique à évolution systématique*, París, Gauthier-Villars y G. Masson, 1892; y, de los mismos autores, «Délire chronique à évolution systématique», op. cit., pp. 605-639. Una traducción de este último texto puede leerse en: F. COLINA y J. Mª. ÁLVAREZ (Dirs.), *El delirio en la clínica francesa*, op. cit., pp. 123-162. Un estudio pormenorizado de la cuestión se puede leer en J. Mª. ÁLVAREZ, *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008.

5. SÉGLAS parece dar por buena la «historicidad» de lo relatado en la *Biblia*; ver Daniel, 5:1-31.

al irse acentuando sus alucinaciones, llegó a *visualizar* su pensamiento, lo que expresaba diciendo que se había acostumbrado a «escribir con los ojos».

«Lanzaba letras al espacio, y las juntaba para formar palabras»; esas letras, amarillentas de entrada, se iban blanqueando al alejarse, y a cierta distancia ya no las podía percibir. Creía que de ese modo mantenía un carteo con los habitantes de regiones lejanas, que podrían leer las palabras «así escritas por sus ojos». El mismo enfermo daba a sus alucinaciones visuales el pintoresco nombre de *fotografía* de su pensamiento.

Era, en otros muchos aspectos, extremadamente visual; pues le bastaba mirar un objeto y cerrar los ojos, para tener una representación visual muy clara y poder acto seguido «fotografiarlo» en el espacio. Para él, ese «poder fotográfico» era un don muy especial que excitaba la envidia de sus enemigos; quería incluso diplomarse en *escritura con los ojos*.

Con estos ejemplos ven ustedes que pueden existir alucinaciones visuales, pero son más raras que las auditivas; primero, porque, en estado normal, las imágenes verbales visuales son utilizadas con menor frecuencia que las auditivas en el lenguaje interior; además, muchos individuos no saben leer, y estos, evidentemente, no pueden tener alucinaciones verbales visuales.

Antes de avanzar algo más en el estudio de las alucinaciones, permítanme, señores, que les presente una enferma afectada por alucinaciones verbales auditivas.

Es una mujer de parloteo exuberante, perseguida, según dice, por los espíritus, por el espiritismo; además tiene ideas megalomaniacas. Pretende que es la reina de Holanda, que era millonaria, etc. Su delirio ya es antiguo, y esta mujer, de inteligencia débil y además un poco senil, presenta un cierto grado de disociación intelectual. Sin embargo, es fácil reconocer en ella alucinaciones verbales auditivas manifiestas.

Por lo general, responde de forma bastante correcta a nuestras preguntas; pero a veces puede vérsela interrumpir su discurso, volver la cabeza hacia un interlocutor invisible, tender muy manifiestamente el oído como si prestase atención a una voz que le hablase, y después contestar a ese personaje imaginario. Terminado ese diálogo intercalar, vuelve a la conversación. Presenta entonces sus disculpas y explica que ha sido interrumpida por un espíritu que le hablaba por el lado izquierdo, aunque lo oye por ambos oídos, y de modo tan claro que, afirma, que hemos debido oírlo nosotros también con toda precisión.

Podrían ustedes comprobar que incluso puede, casi a voluntad, provocar sus alucinaciones auditivas. Formula una pregunta en voz alta volviéndose

hacia un punto del espacio: «Venga, vamos, hablen, contesten», añade. Acto seguido pueden ustedes verla tendiendo el oído para escuchar la respuesta de su interlocutor imaginario. Incluso le ordena que nos hable, y se niega a creer que no hayamos percibido la respuesta que ha oído con tanta claridad.

He aquí, señores, un buen ejemplo de alucinaciones auditivas. Pero esta enferma presenta también otros síntomas alucinatorios, cuyas diferencias ella misma establece.

Además de ese espíritu que le habla al oído, también le llegan a veces otras *voces*.

Sus perseguidores, dice, le ha puesto «un teléfono en la garganta»[6]. «Eso hace que su lengua se mueva». «En ese caso no oye ninguna voz a través del oído, y sin embargo comprende perfectamente lo que [las voces/sus persecutores] le quieren decir».

Adviertan a propósito de todo esto un hecho interesante, sobre el que enseguida volveré.

La enferma os está hablando; de repente se interrumpe para decir coléricamente: «¿Quieres callarte? ¡Espera al menos a que me explique!». ¿Se trata, como hace unos instantes, de su respuesta a una alucinación auditiva? Preguntémosle a la propia paciente: «No, dice, esto no es lo mismo; quiere hablar en mi lugar, con mi lengua. Le pasa siempre; a menudo, incluso, hablo yo y no soy yo; el sonido de mi voz se hace entonces chillón; pero es algo completamente distinto a lo de oír las voces a través del oído».

¿Debemos prestar crédito a esta diferencia? Con toda seguridad, señores, y vamos a tratar de analizar el mecanismo de este nuevo trastorno psíquico.

Volvamos por un instante a los elementos constitutivos de la función lenguaje.

Hemos visto que los centros visual y auditivo podían ser el punto de partida de los fenómenos alucinatorios.

Pero hay además otros dos centros, ambos motores. ¿Podrían ser ellos también el origen de las alucinaciones? Creo haberlo demostrado suficientemente desde los primeros trabajos que publiqué sobre este tema[7]; y hoy en día, por lo general, es algo admitido. Por tanto, no abundaré más en ello.

---

6. En la transición entre los siglos XIX y XX, las aplicaciones de la electricidad y otros descubrimientos a la vida cotidiana ocuparon un lugar preeminente en el imaginario colectivo, filtradas lógicamente por lo que de ellas era capaz de comprender la cultura popular.

7. [Nota de Séglas] J. SÉGLAS, *Progrés médical*, 1888, y *Trastornos del lenguaje en los alienados* (*Bibliothèque médicale Charcot-Debove*, 1892).

Dejo de lado, de momento, el centro gráfico, y sólo abordaré lo relacionado con el centro motor de la articulación. Veamos pues como se presentan en la clínica las alucinaciones verbales motrices de articulación.

Hace ya mucho tiempo, el distinguido alienista Jules Baillarger, había resaltado que ciertos enfermos decían no percibir el sonido de una voz, sino que pretendían comprenderla *por intuición*, mediante su pensamiento, sin sonido. Baillarger designó este fenómeno con el término *alucinación psíquica*, y lo distinguió de las alucinaciones sensoriales; estas últimas serían para él unas *voces exteriores*, y las otras unas *voces interiores*.

Después de Baillarger, algunos autores han creído reconocer en eso alucinaciones auditivas; otros han pretendido que ni siquiera se trataba de alucinaciones. En trabajos más recientes, E. Fournié[8] y Max Simon[9], hacen intervenir en semejantes casos la función del lenguaje, lo que ya había sido sospechado por Lélut[10]. Precisamente ahí era donde había que buscar la explicación de las alucinaciones de tal género. Efectivamente, en un trastorno alucinatorio que conduce a la percepción de palabras y frases, es lógico que esté afectada la función lenguaje.

¿Pero en qué parte de los elementos del lenguaje hay que buscar esa explicación? Va a ser de nuevo la clínica quien nos contestará acerca de ese punto.

---

8. Edouard FOURNIÉ (1833-1886), médico y cirujano francés que se especializó en los órganos fonatorios. Empezó su práctica en la Marina de Guerra, que tuvo que dejar tras sufrir el cólera y el tifus, ejerciendo en París, desde 1867 como médico del Instituto Nacional de Sordomudos. Los trabajos a los que alude SÉGLAS podrían ser: *Physiologie de la voix* (1864), *Physiologie de la voix et de la parole* (1866), *Physiologie des sons de la voix et de la parole* (1877), *Physiologie pathologique des hallucinations* (1881).

9. Paul-Max SIMON (1837-?), director del Asilo Público para Alienados de Bron y médico-inspector de los Asilos Privados del Ródano. Se interesó por la fisiología de las zonas cerebrales del lenguaje. Pensaba que si su destrucción producía afasia, una actividad excesiva de las mismas podría ser la causa de un «exceso de lenguaje» o «impulsiones de la función lenguaje», que desembocarían en alucinaciones auditivas. Recogió sus ideas sobre ello en un libro de larguísimo título: *Le monde des rêves: le rêve, l'hallucination, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, le ragle, le cerveau et le rêve* [*El mundo de los sueños: el sueño, la alucinación, el sonambulismo y el hipnotismo, la ilusión, los paraísos artificiales, la alucinación visual, el cerebro y el ensueño*], que conoció dos ediciones (la segunda, en J.-B. Baillière e hijo, París, 1888). Fue de los últimos autores en emplear el arcaísmo *ragle* para referirse a las alucinaciones visuales.

10. Louis-Francisque LÉLUT (1804-1877), médico en los hospitales Bicêtre y La Salpêtrière, y del «*Dépôt*» de los condenados de la Prisión de La Roquette. Miembro de la Academia de medicina y de la de Ciencias Morales y Políticas. Compaginó la clínica y la enseñanza con el sillón de diputado de la Asamblea Constituyente. Organicista, pero crítico con las ideas localizacionistas de GALL. Escribió sendas monografías sobre SÓCRATES y PASCAL en las que trataba de demostrar que ambos sufrieron alucinaciones. Partidario del examen mental de los detenidos, a muchos de los cuales consideraba inimputables para la pena capital pero encarcelables. Responsable también de un montón de versos ripiosos a mayor gloria de los ejércitos y del emperador BONAPARTE.

Exploren ustedes a algunos alienados perseguidos por voces exteriores e interiores, e insistan en hacerles analizar las sensaciones que experimentan. Ellos mismos harán la diferencia.

Una de mis pacientes formulaba con gran precisión sus impresiones: «Oigo mis voces, decía, de forma auditiva y sensitiva: *auditiva*, como un ser que le hablase a usted al oído; *sensitiva*, es decir, que se percibe la sensación de un ser que habitase el pensamiento y hablase con usted. Y así es como las oigo, una tras otra».

Un alienado os dirá: «Oigo voces auditivas»; y otro «Percibo voces, *siento* que me hablan».

Hay que prestar gran atención a estas alocuciones de los enfermos; les pondrán a ustedes con frecuencia en el buen camino para hacer el diagnóstico.

¿Acaso, señores, no se han visto ustedes conducidos de este modo a pensar que estas alucinaciones verbales, que no tienen su origen en ni en el centro auditivo ni en el visual del lenguaje, quizá procedan de un trastorno del centro motor?

Sin duda, puede parecer sorprendente a primera vista que un centro cortical motor dé lugar a una alucinación verbal; pero recuerden enseguida algunos hechos que demuestran la existencia de alucinaciones motrices comunes.

Los fenómenos observados por Weir Mitchell[11] en los amputados son característicos a este respecto. El paciente, mucho tiempo después de la operación, se imagina tener aún el fantasma de su miembro pegado al muñón.

Además, sufre dolores, siente como si se moviese en contra de su voluntad. Incluso tiene la percepción de movimientos voluntarios que dirige de buen grado. por ejemplo, dice: estoy estirando el dedo índice, estoy separando el pulgar, estoy cogiendo una pluma y escribiendo.

Son éstas, pues, auténticas alucinaciones motrices originadas en los centros que presiden los movimientos de los miembros amputados, ya que pueden producirse incluso cuando el miembro ha sido desgajado por completo.

---

11. Silas Weir MITCHELL (1829-1914), médico estadounidense. Nacido en Filadelfia e hijo de un profesor del Jefferson Medical College, al licenciarse en dicho centro se interesó por la toxicología. Amplió estudios en París, donde Claude BERNARD le inculcó la necesidad científica del experimento y la observación. De nuevo en EE. UU., la Guerra de Secesión le acercó a la cirugía y a las lesiones de los nervios. Describió la causalgia. También se interesó por las neurosis traumáticas, los casos de simulación, la psicología de los amputados y los fenómenos de miembro fantasma. Su aportación a la psiquiatría del momento fue la llamada «cura de Weir Mitchell» para la histeria y la neurastenia, basada en la dieta, el reposo, el aislamiento, la sobrealimentación, los masajes y la electroterapia. Dejó más de quinientas cincuenta publicaciones médicas y aún tuvo tiempo para redactar media docena de novelas autobiográficas, una historia de la Revolución Francesa y diversos libros de poemas.

Tales alucinaciones motrices comunes se encuentran con frecuencia en los alienados. He visto a una enferma que creía sufrir movimientos espasmódicos en el brazo derecho. No era otra cosa que un síntoma alucinatorio sobrevenido después de que se encontrase con una paciente coreica en una sala de electroterapia. Había vuelto de allí con la sensación de que su brazo se veía agitado por sacudidas convulsivas; y sin embargo, ningún signo observable ponía de manifiesto tal estado espasmódico.

Los perseguidos[12] tienen también manifestaciones del mismo género cuando refieren que por la noche algo sacude su cama o que les tiran de los miembros. Es también el caso de las hechiceras medievales cuando decían ser llevadas al *sabbat* por los aires.

Ya lo ven ustedes ven, señores, la existencia de las alucinaciones motrices comunes es de una evidencia absoluta. Pues bien, la de las alucinaciones motrices verbales no es menos cierta, y éstas no difieren de las anteriores más que por afectar específicamente a la función del lenguaje.

A menudo veladas, en estado normal, por la intensidad de las imágenes auditivas o visuales, la imágenes motrices de la articulación de la voz adquieren la preponderancia en algunos individuos, quienes, al reflexionar, dicen mentalmente sus pensamientos en lugar de verlos u oírlos. Todo este proceso es interior; pero en cuanto la representación mental se hace más viva, el pensamiento se empieza a articular en voz baja e incluso en alta voz. Recuerden ustedes esas personas que hablan aun estando *completamente a solas*.

¿Quién de ustedes no se ha cruzado por la calle con motores verbales de ese género? Sin embargo, todos esos individuos se distinguen por un hecho capital: son conscientes de que las palabras que pronuncian son la fiel expresión de su pensamiento.

Por el contrario, aunque en los alucinados motores encontramos exactamente los mismos fenómenos con los mismos grados, hay en este caso una diferencia fundamental, y es que las palabras que pronuncian no guardan relación con sus ideas conscientes; esto es lo que constituye la verdadera alucinación verbal motriz.

---

12. El término 'perseguido' suele sugerir a muchos traductores la equivalencia con 'paranoico'. A nuestro entender, se trata de un error, ya que SÉGLAS y sus coetáneos empleaban 'perseguido' como término semiológico o, como mucho, sindrómico, pero no nosológico. De hecho, en las lecciones clínicas que hemos seleccionado el autor va mostrando cómo las ideas de persecución aparecen no sólo en la paranoia sino también, con sus matices específicos, en la melancolía, el alcoholismo, etc. Mantendremos pues 'perseguido' a lo largo de nuestra traducción.

Sus ejemplos no son raros de encontrar. Podría citar varios entre todos los que he recogido y analizado; los autores que retomaron después estos estudios también han aportado unos cuantos casos.

Teniendo todo esto en cuenta, habrán ustedes llegado a la conclusión de que hay que incluir en el grupo de las alucinaciones verbales motrices aquellas que nuestra paciente distingue por sí misma de sus alucinaciones auditivas.

Antes de ir más lejos, señores, permítanme detenerme unos instantes en la teoría de las alucinaciones verbales motrices. Su legitimidad no me parece discutible. Pero, como tendremos ocasión de volver a esto varias veces, es bueno que al menos conozcan ustedes alguno de los argumentos con cuya ayuda he podido establecerla y defenderla.

Les dije que los enfermos afectados por alucinaciones verbales del sentido del oído o del de la vista antes ya eran auditivos o visuales; añado ahora que los alucinados motores verbales eran previamente motores[13].

Muy a menudo he tenido ocasión de resaltarlo. Por ejemplo, una joven afectada por alucinaciones verbales motrices me decía: «Además, todo lo que pienso me repercute en la lengua y estoy siempre presta a decirlo». Otro alienado decía incluso: «No puedo pensar 'bajo', eso me aturde; cuando pienso necesito hablar, ya sea en voz baja o, más a menudo, en voz muy alta». El Dr. Ballet[14] también ha verificado estos hechos en muchos de sus pacientes.

Cuando un individuo llega a tener este tipo de alucinaciones, incluso las imágenes motrices de articulación correspondientes a su pensamiento consciente adquieren una vivacidad extrema y tiende a exteriorizarse. Por eso se lamentan muchas veces de que tales pensamientos se formulan y se les escapan de la boca aun antes de que hayan tenido tiempo de pronunciar-

---

13. En la primera (ésta) de las cuatro décadas que dedicó al estudio de las alucinaciones, SÉGLAS se mostró muy cercano a la teoría afasiológica de A. TAMBURINI, quien había considerado a la alucinación como el resultado de la excitación de los centros corticales. Inspirándose en esa teoría, SÉGLAS reinterpretó las aportaciones de BAILLARGER y criticó su concepción de las «alucinaciones psíquicas», expresión que propuso remplazar «alucinaciones psicomotrices verbales», porque, en su opinión, lo esencial de esas alucinaciones concierne al «centro del lenguaje articulado». Ese núcleo central corresponde, en este periodo del pensamiento de SÉGLAS, a la función psicomotriz del lenguaje —el aparato articulatorio—, la que origina las alucinaciones. Cfr. J. SÉGLAS, *Les troubles du langage chez les aliénés*, Rueff, París, 1892. Para un estudio detallado sobre el problema aquí apuntado, véase: J. Mª. ÁLVAREZ y Francisco ESTÉVEZ, «Las alucinaciones: historia y clínica», *Frenia*, Vol. I-1-2001, pp. 65-96.

14. Gilbert BALLET (1853-1916), neurólogo y psiquiatra francés. Sucedió a JOFFROY en la cátedra de Enfermedades Mentales, tras ocupar unos años la de Historia de la Medicina. Fueron famosas sus «Lecciones de los domingos» en Sainte-Anne, abiertas a un público mundano, y sus trabajos sobre la psicosis alucinatoria crónica, bastión de la escuela francesa frente al concepto bleuleriano de esquizofrenia.

los voluntariamente. Es lo que Pieraccini[15] llama con justicia «la *fuga* del pensamiento»[16]. Y este fenómeno es frecuentemente el origen de variadas interpretaciones delirantes.

Stricker[17], por su parte, ha hecho una constatación muy importante y que puede proporcionar un nuevo argumento a nuestra teoría. Ha puesto de manifiesto que si bien es posible pensar a la vez en dos palabras distintas con la ayuda de dos imágenes verbales diferentes o incluso de dos imágenes sensoriales de igual naturaleza, no se puede lograr lo mismo mediante dos imágenes motrices simultáneas.

Así pues, encontrarán ustedes enfermos afectados por alucinaciones motrices que se ven libres de ellas en cuanto se ponen a hablar. Y hasta los hay que emplean espontáneamente ese truco para hacer callar a las voces que les atormentan; otros leen en voz alta durante todo el día. Parece como si sus imágenes motrices, ocupadas en esos discursos o esas lecturas, no pudiesen ya proporcionar el sustrato necesario para producir la alucinación.

A la inversa, algunos sujetos están de tal modo absorbidos por sus alucinaciones que les resulta imposible contestar a nuestras preguntas cuando les exploramos.

---

15. Arnaldo Ottaviano PIERACCINI (1865-1957), psiquiatra italiano. En 1893 tradujo las lecciones clínicas de psiquiatría de Theodor MEYNERT (*Klinische Vorlesungen uber Psychiatrie auf wissenschaftlichen Grundlagen*, Braumuller, Viena, 1890), que revisadas por su jefe, Clodomiro BONFIGLI, director del manicomio de Ferrara, se editaron con el título de *Lezioni cliniche di psichiatria per gli studenti, medici, giuristi e psicologi* (Vallardi, Milán, 1893). Posteriormente trabajó con Enrico MORSELLI en el asilo de Macerata, y desde 1904 fue director del de Arezzo, actividad que compaginó a temporadas con la enseñanza de la psiquiatría en la Universidad de Roma. Militante socialista desde 1912, llevó a cabo tareas de asesoría sanitaria para algunos organismos políticos. Escribió una abundante obra personal, de la que destacamos: *Alcool ed alcolismo*, Roma, Vallardi, 1892; *La pellagra: conversazioni popolari di medicina sociale*, Macerata, Bianchini, 1894; *L'assistenza dei pazzi nel manicomio e nella famiglia: Istruzioni elementari per infermieri e infermiere*, Milán, Hoepli, 1900; *Manuale di psichiatria per studenti e medici pratici*, Milán, Hoepli, 1952.

16. Esta «fuga (*fuite*) del pensamiento» no hay que entenderla como la fuga de ideas maníaca, sino literalmente: 'escape', 'gotera', 'pérdida', 'incontinencia', 'falta de control' (*fuite* abarca todos esos significados y otros similares).

17. Salomon STRICKER (1834-1898), fisiólogo e histopatólogo austriaco. Estudió en la Universidad de Viena, y fue investigador ayudante en el Instituto de Fisiología las órdenes de Ernst Wilhelm von BRÜCKE. Más tarde dirigió el Instituto de Patología General y Experimental. Además de una extensa obra sobre citología e histología, dejó algunas monografías sobre la conciencia, la asociación de ideas y la representación mental del lenguaje, basadas en gran parte en su propia introspección (*Studien über das Bewusstsein* [*Estudios sobre la conciencia*], 1879; *Studien über die Sprachvorstellungen* [*Estudios sobre las representaciones verbales en la conciencia*], 1880; *Studien über die Association der Vorstellungen* [*Estudios sobre la asociación de ideas*], 1883). En *La interpretación de los sueños*, FREUD comenta alguna de las ideas de STRICKER acerca de las representaciones de los afectos en el sueño.

Testigo de ello es la enferma de quien antes les hablé. Recordarán ustedes que en el curso de su conversación se interrumpía de repente para decirle a su alucinación motriz que se esperase para hablar hasta que ella misma se hubiese explicado.

Así pues, la alucinación absorbe la imagen motriz necesaria para la elaboración de la respuesta, y los enfermos están obligados a esperar hasta que el fenómeno haya cesado para poder utilizar su centro motor de la articulación. En casos extremos, la persistencia de la alucinación llega a ser un obstáculo permanente para la expresión del propio pensamiento del enfermo, que se encierra entonces en un silencio absoluto.

Las alucinaciones motrices, dicho sea de paso, pueden por tanto ser añadidas a las ya numerosas causas del mutismo vesánico.

Tienen ya ante ustedes, señores, varios argumentos que nos permiten entrever el papel capital del centro motor de la articulación en las alucinaciones verbales motrices. Dicho papel puede también evidenciarse de manera indirecta. Les pondré un ejemplo. Una enferma, que tenía alucinaciones verbales de ese tipo, experimentaba al mismo tiempo movimientos muy claros en la lengua, la sentía «vacilar»[18]. A ratos, notaba igualmente movimientos análogos en las aletas de la nariz o en los párpados, pero estos no le *decían* nada. Para que tuvieran algún significado para ella, era preciso que los temblores consistiesen en movimientos de la lengua, los únicos, en efecto, que se presentaban en relación con la función lenguaje.

Algunas acciones de los alienados nos confirman también la existencia y la naturaleza de las alucinaciones verbales motrices. Saben ustedes que ciertos alucinados auditivos se taponan los oídos, esperando ahogar así los ruidos que les acosan. Unos utilizan algodón; otros, extraños tocados, auténticos cascos de tela y cartón, como una de las enfermas que han podido ver ustedes en este servicio.

Los alucinados motores no hacen nada que se le parezca; pero, por el contrario, cogen hábitos que nos indican muy bien la naturaleza y el asiento de sus alucinaciones. Mantienen la lengua sujeta con los dientes; contienen la respiración; se llenan la boca de guijarros. Así lo hacía un enfermo que se imaginaba que los movimientos de su lengua eran transmitidos a sus enemigos por el aire de sus fosas nasales mediante un aparato *telescopiofónico*. Las piedrecillas con que se rellenaba la boca tenían por finalidad hacer que cesasen los movimientos imaginarios de su lengua.

---

18. Al entrecomillar el término *vaciller*, que equivale tanto a 'temblar' como a 'dudar', 'debatirse entre actuar o no', SÉGLAS parece intentar comunicar a sus alumnos una especial tensión percibida por la enferma.

No menos importancia hay que otorgar a la *facies* de los alucinados. Los auditivos tienen el aspecto de quien está escuchando algo. Los motores, al contrario, mueven los labios o parecen murmurar palabras ininteligibles. A veces se comprimen el epigastrio con la mano, imaginándose que ese es el punto de partida de las voces. Cada vez que sea posible llevarlo a cabo, tampoco hay que olvidar hacer escribir al paciente cuando está bajo el imperio de sus alucinaciones: veremos así a los auditivos escribir como al dictado, mientras que los motores, al escribir, harán movimientos de articulación con los labios.

Bastarán esta pruebas, señores, así lo espero, para convencerles a ustedes de la existencia y la naturaleza de las alucinaciones verbales motrices. Han visto también cómo podemos llegar a reconocerlas. Hay que reconocerlo: su identificación no siempre es fácil. Hay casos complicados que no permiten hacerlo si no es a base de mucho esfuerzo, sobre todo cuando los enfermos carecen de inteligencia o la tienen alterada por una enfermedad mental ya de larga duración. Por otra parte, no siempre son buenos psicólogos, así que analizan confusamente sus sensaciones; pero mediante una observación atenta y prolongada, se llega por lo general a definir la parte que en sus alucinaciones corresponde al elemento motor.

A menudo la alucinación motriz, que no se mostraba abiertamente al principio de la enfermedad, aparece manifiestamente a la larga. Uno de mis pacientes me lo decía con gran exactitud: «Antes, yo *hablaba con el corazón*, pero ahora *hablo con la boca* y la lengua va por su cuenta».

Las alucinaciones verbales motrices son muy variables en cuanto a su intensidad. Algunos alienados sólo tienen la voz interior, y el observador no puede reconocer las características del fenómeno más que a partir de las descripciones de los pacientes. Otros hablan en voz baja o solamente hacen movimientos articulatorios elementales con los labios. Finalmente, la alucinación puede manifestarse en voz alta.

En el primer grado, se trata de una simple *conversación mental*, es la *alucinación verbal kinestésica simple*; en el segundo, la *alucinación verbal motriz* es completa. En el último, tiene lugar una auténtica *impulsión verbal*.

Todas estas variedades, señores, se dan en la clínica, y merecen ser bien identificadas pues no sólo tienen un interés teórico. Una alucinación motora no tiene la misma significación psicológica, clínica y pronóstica que una alucinación auditiva; e igualmente tiene su importancia la determinación de los diversos grados de alucinaciones motrices.

Terminaré ahí esta breve revisión semiológica. Sólo me proponía hacerles repasar a ustedes los aspectos más sencillos de las diferentes variedades de alucinaciones –sobre todo las verbales– para que el futuro puedan reconocerlas si se les presenta la ocasión; y tales nociones nos podrán servir de guía en el estudio de las formas complejas que abordaremos en nuestra próxima reunión.

Volviendo a la clínica, les presentaré ahora una enferma afectada por alucinaciones verbales motrices muy claras; volverán a encontrar en ella la mayoría de las características sobre las que acabo de llamar la atención de ustedes.

Es una joven de veinte años, nacida de padres muy limitados intelectualmente. El padre era casi imbécil; su madre, muy poco inteligente; tiene un hermano que es casi idiota[19].

Ella misma es débil mental. Anduvo con retraso, aprendió a leer con gran dificultad y, a raíz de un grave acceso de fiebre tifoidea, el desarrollo de sus facultades se detuvo. Dos años después, sobre ese estado de debilidad mental se injertaron síntomas delirantes. Dice haber visto «unas imágenes en el techo». ¿Se trata de ilusiones o de alucinaciones visuales? La respuesta es difícil de precisar.

Tiene también vagas ideas de persecución y relaciona las alucinaciones que sufre con seres mal definidos que la atormentan.

Pero lo que atrae principalmente la atención y lo que a fecha de hoy domina sobre el resto del cuadro morboso, son unas alucinaciones verbales motrices. Son visibles para todo el mundo, y en el servicio se conoce a esta joven con el nombre de *la enferma que habla sola*.

Sobre ese asunto, se expresa de modo bastante explícito: «Esto me comienza en el gaznate de la boca [*sic*]».— «Los otros enfermos dicen: eso son voces; pero a ellos no les hacen hablar como a mí».— «Me hacen algo en la garganta, en la lengua, para que hable; se diría que mi lengua siempre está en marcha; nunca se queda quieta».

Reconocerán ustedes ahí, sinceramente descrita, la alucinación verbal motriz. Subrayen también lo que dice cuando quiere hacer que cesen sus voces:

---

19. La clasificación del momento, debida a Édouard SÉGUIN (1812-1880), consistía, de menos déficit a más, en debilidad mental, imbecilidad e idiocia. El idiota apenas podía comunicarse con sus semejantes y tenía serias deficiencias del lenguaje. El imbécil no llegaba a poder manejar correctamente la lectura y era incapaz para la comunicación escrita. El débil mental accedía a la lectura y la escritura pero mostraba un rendimiento muy escaso en los estudios. En 1907, BINET y SIMON atribuyeron mediante psicometría a cada uno de estos grupos un intervalo de «edad mental»; respectivamente: de 0 a 2 años, de 3 a 7, y de 8 a 12.

«Aprieto los dientes para que no me hagan hablar; pero jamás me tapo los oídos».

Además, cuando intenta leer mentalmente la alucinación la interrumpe: «Me hacen dejar la lectura para decirme palabras. Leo en voz alta para poder leer, si no es imposible».

Hasta aquí, todo se ciñe a las características del primer grado de las alucinaciones verbales motrices. Pero observen atentamente a la enferma y verán ustedes durante algunos instantes que sus labios rebullen como si hablase en voz baja. Aunque ante un público que no le resulta familiar suele contenerse, enseguida, cuando vuelva a su departamento, pronunciará en voz alta palabras malsonantes, insultos, «cosas que ellos me hacen decir y que yo no querría decir», y de las cuales se excusa. Es este, señores, un bonito ejemplo de *impulsión verbal*.

Para terminar con este caso, les diré que también tiene alucinaciones motrices comunes; sus no bien precisados atormentadores (*ellos* o *los hombres de las voces*), le mueven –dice– los brazos o las piernas, le hacen volver la cabeza, etc.

Así pues, el elemento motor domina en todos sus síntomas alucinatorios.

Para terminar, permítanme, señores, darles también algunas nociones acerca del diagnóstico semiológico de la alucinación. Nunca hay que precipitarse demasiado en afirmar la existencia de una alucinación. Por sencillo que parezca, ese diagnóstico nunca es fácil y precisarlo bien reviste una gran importancia, tanto clínica como nosográfica.

Pueden presentarse varios casos.

Tomemos primero el más sencillo y supongámonos ante un enfermo que está alucinando *en el momento mismo de la exploración* y a la vez *respondiendo* a las preguntas que le dirigimos.

Cuando se trata de una alucinación *elemental*, el diagnóstico es fácil: pueden ustedes comprobar fácilmente la realidad de la percepción vivenciada por el enfermo.

En el caso de una alucinación común, hay dos fenómenos de los que es muy importante distinguirla; son la *ilusión* y la *interpretación delirante*.

Mientras que la alucinación es, como ya vimos, una percepción sin objeto, la ilusión es la percepción falsa, incorrecta, de un objeto que existe realmente. Es así, por ejemplo, como un enfermo afecto de ilusiones verá en los pliegues de los visillos fantasmas, asesinos, etc.

En la interpretación delirante la percepción es exacta, pero el enfermo le atribuye un sentido particular relacionado con sus preocupaciones. Una

melancólica, por ejemplo, oye en el vecindario el martillo de un carpintero que está reparando unos paneles de madera. Se da perfecta cuenta de la naturaleza de ese ruido, pero lo interpreta erróneamente diciendo: «Están preparando el cadalso para ejecutarme».

Las mismas diferencias son aplicables a las alucinaciones verbales. Tomemos como ejemplo la alucinación verbal auditiva que acabamos de estudiar ampliamente, y en la cual el enfermo oye palabras aun cuando todo esté en silencio a su alrededor. En la ilusión también oye palabras; pero son palabras que alguien pronuncia realmente y que son mal percibidas por él, como ocurría con uno de nuestros pacientes ante el que se hablaba de «trampas para lobos» y él oía «está celoso»[20].

Otra forma de ilusión es aquella en la cual un ruido exterior es percibido por el paciente en forma de palabras. Así, el ruido del viento, el sonido de una campana, serán percibidos como palabras. Un enfermo oye su nombre en el ruido del trueno. Sonidos que al dirigirse a los centros auditivos comunes deberían despertar únicamente la idea de un objeto, despiertan sin embargo en el paciente una imagen verbal almacenada en el centro auditivo de las palabras. El enfermo la percibe como si viniese del exterior y la pone en relación con un determinado objeto.

Hay que distinguir los hechos de este género de aquellos otros en los cuales el paciente da a los ruidos exteriores reales una significación a modo de traducción que él mismo hiciera. Así, una jovencita que tendremos ocasión de explorar aquí dentro de un rato, da un sentido al grito de los pájaros que oye cantar en el jardín; piensa, por ejemplo, que cuando sale, los pajaritos dicen: «Mira, ya está aquí esa chica». Pero declara que no oye esas palabras, sino que simplemente se figura lo que significan los trinos.

Este ejemplo, por tanto, se acerca más a una interpretación delirante que se manifestase a raíz de fenómenos auditivos, y en la cual la percepción auditiva se lleva a cabo correctamente pero el paciente le da un alcance especial, un sentido particular relacionado con el tema de su delirio. Por ejemplo, un perseguido que en cierta ocasión tuvimos que explorar, oyó un día a dos personas pronunciar la siguiente frase en el curso de una conversación: «¿Qué quiere usted que les produzca?». Inmediatamente la vivió como una amenaza; para él, la frase era una prueba de que iba a ser blanco de nuevas desdichas.

Las consideraciones precedentes pueden aplicarse por igual tanto a las alucinaciones verbales que afectan al sentido del oído como a las que afectan al de la vista.

---

20. Hay cierta homofonía en francés: *piéges à loups*, 'trampas para lobos'; *il est jaloux*, 'está celoso'.

En lo que respecta al diagnóstico [diferencial] entre las alucinaciones verbales auditivas y las psicomotrices, ya hemos insistido suficientemente sobre estas últimas para mostrar en qué se diferencian los enfermos afectos por ellas, aunque digan que oyen voces, de aquellos otros que tienen alucinaciones auditivas.

Además, junto a los fenómenos subjetivos desvelados mediante el interrogatorio, cuando las alucinaciones se producen en ese momento se acompañan de síntomas objetivos [*sic*][21] sobre los que enseguida volveremos.

En muchos casos, no se asiste a la producción de la alucinación, y el diagnóstico debe hacerse *retrospectivamente*. Viene a ser lo mismo, pero entonces sólo puede fundamentarse sobre el lado subjetivo del fenómeno; así que es muy importante precisar exactamente hasta las menores circunstancias en las cuales se ha producido, todas sus condiciones, todas sus particularidades, antes de pronunciarse sobre su naturaleza realmente alucinatoria. En caso de necesidad, se puede complementar con las anotaciones del personal presente en el momento en que los fenómenos tuvieron lugar.

Hasta ahora venimos dando por supuesto que se trata de casos en que estamos ante un enfermo que no desconfía de nosotros, es comunicativo y se presta a la exploración.

Pero igualmente puede ser necesario determinar la existencia de alucinaciones en alienados que *se niegan a responder* a nuestras preguntas y se encierran en un obstinado mutismo.

Incluso les recordaré a ustedes que entre las causas del mutismo vesánico que hemos revisado en conferencias precedentes, figura la presencia de alucinaciones de distintos tipos.

Estas pueden ser, por ejemplo, alucinaciones imperativas que prohíban hablar al paciente, o bien alucinaciones motrices que determinan el mutismo mediante el mecanismo que antes les he explicado.

En esas condiciones, diagnosticar las alucinaciones[22] sólo puede ser el resultado de considerar el concepto de síntomas *objetivos* [*sic*], del que les hablé hace un instante y que les acompañan de una forma más o menos manifiesta.

---

21. SÉGLAS utiliza esa expresión, *symptômes objetives*, que en español resulta un tanto contradictoria, ya que en nuestro idioma 'síntoma' es lo que comunica el enfermo como sensación o vivencia suya (ser perseguido, por ejemplo), y 'signo' es aquel dato observable u objetivable por el clínico (los gritos o la agitación motriz, las pulsaciones, el color de la piel, etc.). Más adelante la repite, pero también llegará a usar *signes objetifs*, 'signos objetivos', cuando hable de las alucinaciones visuales.

22. Evidentemente, SÉGLAS se refiere al diagnóstico semiológico, es decir, a determinar ante qué tipo de síntoma estamos (alucinación, ilusión, etc.)

Entre dichos síntomas subjetivos, hay algunos, como por ejemplo las modificaciones del pulso, de la circulación vaso-motriz, etc., sobre los cuales no voy a detenerme, pues casi no tienen valor para el diagnóstico práctico; y además, son comunes no sólo a cualquier clase de alucinación sino también a muchos otros hechos psíquicos de distinto orden.

Más importantes son los que tienen que ver con las reacciones mímicas provocadas por las alucinaciones.

En las alucinaciones auditivas, por ejemplo, se gira la cabeza para dirigir el pabellón auditivo en la dirección de la que parece venir la alucinación. Al mismo tiempo se percibe una modificación particular en la expresión de la mirada, que se vuelve atenta, e incluso hay un ligero movimiento de todo el cuerpo, ya sea para oír mejor, ya sea como para huir. Dicho en una palabra: la actitud del enfermo es la de alguien que escucha.

Algunos hábitos o costumbres personales que tienden, por un medio u otro, a interceptar los sonidos mediante la oclusión de los oídos, pueden asimismo ponernos sobre la pista de las alucinaciones auditivas.

En caso de alucinación psicomotriz, el enfermo se parece, como ya les dije, a alguien que hablase a solas; pueden ustedes constatar los movimientos de los labios y encontrar esas actitudes personales, esos hábitos que les señalé, que tienen la finalidad de bloquear el punto de partida de las voces interiores, de oponerse a los movimientos de la lengua, etc.

Los signos objetivos de las alucinaciones visuales son a menudo más fáciles de detectar. En principio, la rotación de la cabeza, el fijar la mirada, cambios en el tamaño de la pupila en relación con la dirección o la distancia de la alucinación, la expresión emocional de la mirada o la actitud general del sujeto.

Se ha señalado también el hecho de que los alucinados visuales tienen frecuentemente sensaciones desagradables de cuerpo extraño, de picor corneal, que les hacen frotarse los ojos.

Las alucinaciones gustativas se acompañan de movimientos de degustación o de deglución, de salivación o de escupitajos repetidos.

Las alucinaciones olfativas se acompañan frecuentemente de movimientos de espiración nasal. A menudo también los enfermos se las ingenian para protegerse de los malos olores utilizando extraños ropajes, tocados o utensilios que les tapan la boca y las narices.

Las alucinaciones de la estesia genital provocan a menudo gestos o actitudes lascivas. En cuanto a los fenómenos estésicos denominados *trastornos de la sensibilidad general*, apenas se traducen al exterior más que a través de sobresaltos, movimientos de huida, de defensa, de rascado, o mediante

singularidades del atuendo personal que tienen la finalidad de proteger la parte del cuerpo en donde se manifiestan las alucinaciones.

Algunos autores, entre los que destacaremos a Feré[23], han señalado en los alienados crónicos la existencia de arrugas perpendiculares a la dirección de las fibras de los músculos que intervienen en las expresiones mímicas, relacionadas con tal o cual tipo de alucinación.

Estas son, señores, las nociones generales que me proponía recordarles. Desearía que no les hubiesen resultado demasiado áridas, y sobre todo que puedan llegar a servirles de guía en la anamnesis, con frecuencia tan difícil, de los alienados. Tales conceptos tiene al menos la ventaja de facilitarnos la exploración de los enfermos, de la cual les seguiré hablando a lo largo de nuestras próximas reuniones.

23. Charles FERÉ (1852-1907). Cirujano de vocación, CHARCOT le reorientó hacia el alienismo y la neurología y le hizo su secretario. Investigó sobre la afasia, la fisiología de los movimientos voluntarios, el magnetismo animal, el poder terapéutico del imán y también sobre las experiencias sexuales precoces. De personalidad un tanto primaria, Leon DAUDET le utilizó como modelo para su personaje Lingotin, médico caricaturesco en su obra *Les morticoles* (1894).

SEGUNDA LECCIÓN

COEXISTENCIAS, ASOCIACIONES Y COMBINACIONES ALUCINATORIAS[1]

SUMARIO.—

A) Alucinaciones *coexistentes*.

B) Alucinaciones *asociadas*.

1º Alucinaciones *comunes* asociadas *entre sí*.— Las imágenes alucinatorias se refieren cada una a un objeto diferente.

2º Alucinaciones *comunes* asociadas a alucinaciones *verbales*.— Relaciones de la *idea* con la *palabra*.— Imágenes verbales: auditiva, motriz verbal, visual, gráfica.— Ejemplos de alucinaciones comunes y verbales asociadas.

3º Alucinaciones *verbales asociadas* entre ellas: auditivas, auditivas y motrices.— Cada imagen alucinatoria se refiere a palabras o frases diferentes.

C) Alucinaciones *combinadas*.— Las diferentes imágenes alucinatorias se refieren a *un mismo* objeto o a *una misma* palabra.

Alucinaciones verbales combinadas.— Mecanismo.— Alucinación verbal motriz auditiva y auditivo-motriz combinada.— Variedades.— Ejemplos clínicos.— Ecolalia alucinatoria.— Habla inconsciente.— Alucinación verbal auditiva, motriz y visual.

Alucinaciones *gráficas*.— Se combinan sobre todo con alucinaciones verbales motrices.— Casos clínicos.— *Médiums* escritores.— Impulsión gráfica.

Localizaciones atribuidas por los enfermos a las alucinaciones verbales motrices.— Excentricidad de las sensaciones.— La localización se relaciona generalmente con una sensación referida a la periferia del aparato fonador: lengua, garganta, epigastrio, etc.— Las localizaciones en un punto cualquiera del cuerpo se explican mediante asociaciones alucinatorias.

---

1. [Nota de Séglas] Lección del 21 de febrero de 1894, publicada por el Sr. H. MEIGE en *Journal des connaissances médicales*, nos 16, 17, 18 y 20, de 1894.

Señores,

En nuestra primera reunión habíamos estudiado las alucinaciones en su grado más sencillo de aparición. Vimos que dicho fenómeno podía afectar a los cinco sentidos, siendo o no el enfermo consciente de su carácter patológico. Les dije también que, desde el punto de vista del mecanismo psicológico, las alucinaciones auditivas se dividen en elementales, comunes y verbales; y que a su vez estas últimas pueden ser: auditivas, visuales o motrices, según qué centro del lenguaje se encuentre afectado.

En todos estos casos, hemos estudiado el síntoma en estado de absoluta simplicidad, como a veces se le encuentra en la clínica. Hoy vamos a revisar unos casos más complejos, los de las coexistencias, asociaciones y combinaciones alucinatorias.

A [ALUCINACIONES COEXISTENTES].— Los alienados que alucinan no siempre lo hacen de una sola forma. En muchos de ellos constatarán ustedes alucinaciones que afectan a varios de los sentidos o que pertenecen a las diversas categorías que hemos distinguido. Estudiemos las relaciones de estas alucinaciones entre ellas; y como siempre, procedamos de lo simple a lo compuesto.

En el caso más sencillo, las alucinaciones no tienen entre sí ninguna relación *inmediata*; sólo están enlazadas por el tema delirante. No merece la pena extenderse sobre esta categoría. El único interés de estas alucinaciones es su *coexistencia* en un mismo individuo.

B [ALUCINACIONES ASOCIADAS].— En otros casos ya más complejos, no hay simplemente coexistencia sino *asociación* de las alucinaciones. Éstas, difiriendo completamente en cuanto a sede u objeto, tienen un lazo *directo* entre ellas y, aunque sean *diferentes*, pueden evocarse y asociarse recíprocamente.

Dichas asociaciones pueden hacerse de diferentes maneras. Puede tratarse de:

1º Alucinaciones comunes asociadas entre sí.

2º Alucinaciones comunes asociadas a alucinaciones verbales.

3º Alucinaciones verbales asociadas entre sí.

Veamos estos distintos casos sucesivamente:

1º Alucinaciones comunes asociadas entre sí

Una de nuestras pacientes nos dice, por ejemplo, que ha *oído un gran golpe*, y que inmediatamente ha *sentido un olor de agua podrida*. Podemos

traducirlo diciendo que ha tenido una alucinación auditiva elemental y una alucinación olfativa que especifica bien y relaciona con un determinado objeto. Pero, aunque es cierto que estas dos alucinaciones no se refieren al mismo objeto, tienen entre sí algo más que una relación de mera coexistencia: están asociadas la una a la otra y, en la mente de la enferma, la una es algo así como la señal de que va a venir la otra.

Otro ejemplo: «El viernes a las siete de la mañana, dice la enferma, oí una especie de golpe. Se diría, doctor, que venía del techo... Enseguida se pusieron a serrar madera [haciendo un ruido] muy fuerte y noté un olor a meados de gato[2]».

En este caso, además de la alucinación auditiva elemental reconocerán ustedes una alucinación auditiva común, referida a un objeto determinado y provocando la alucinación olfativa igualmente detallada por la paciente. Se trata aquí de una especie de asociación de ideas diferentes, activada por una cualquiera de sus imágenes respectivas, y que llega a ser suficientemente vivaz como para exteriorizarse en forma alucinatoria.

Pero lo que es aquí muy importante de especificar, con el fin de establecer una diferencia con otros casos que veremos más tarde, *es que las imágenes alucinatorias se refieren cada una a un objeto diferente*.

Y esto es tan cierto que en algunos casos estas alucinaciones comunes asociadas pueden ser de sentido opuesto, antagonistas, como en el ejemplo siguiente:

Una enferma que se cree perseguida acusa a sus vecinos de «meterle polvos en la garganta, de dormirla con cloroformo»; pero nota como «monseñor Ismael»[3], que la protege, le tira de la oreja para despertarla del sueño clorofórmico.

2º Alucinaciones comunes asociadas a alucinaciones verbales

Para comprender bien este nuevo de asociaciones alucinatorias, recuerden ustedes, señores, las relaciones que en el estado de normalidad unen entre sí a la *idea* y la *palabra*.

El esquema que tenemos delante va a facilitarnos la demostración. Es un esquema del Dr. Charcot, y en él los centros corticales han sido puestos en relación con sus respectivas situaciones (Fig. 1).

---

2. Mantenemos el tono coloquial de la paciente.

3. Probablemente, san Ismael (siglo VI), de origen galo, obispo de Menevia (hoy Saint David, en el País de Gales), cuya fiesta se celebra en Francia el 16 de junio.

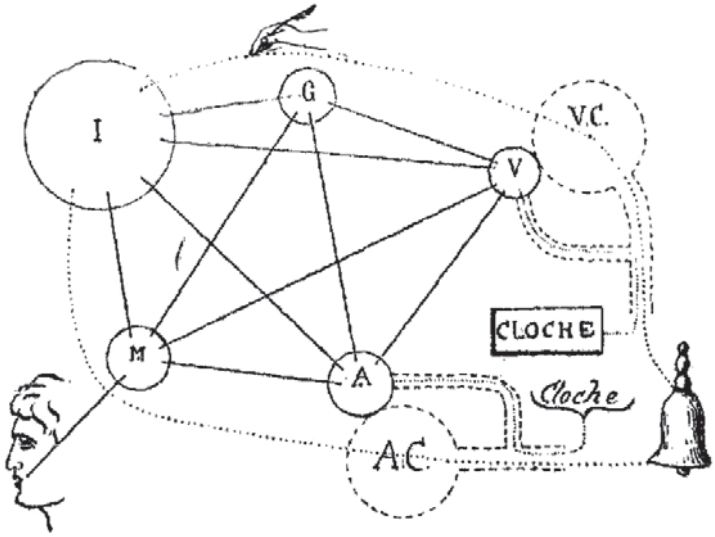


Fig. 1.

I = Centro de asociación de las ideas
M = Centro de la memoria de la articulación
G = Centro de los movimientos coordinados de la escritura
V = Centro de la memoria visual de las palabras
V. C. = Centro visual común
A. C. = Centro auditivo común
A = centro de la memoria auditiva de una palabra concreta
CLOCHE = imagen visual de la campana
Cloche = imagen auditiva de campana

Hay un hecho psicológico generalmente admitido hoy día, y es que la palabra es sólo un auxiliar de la idea; dicho de otro modo, la idea puede existir sin una palabra que la represente y habitualmente se forma antes que ella y sin ella.

Recordemos primero cómo se forma la idea. Tomemos por ejemplo la idea de una campana.

Una campana resuena en nuestro oído. Las vibraciones transmitidas por el nervio sensorial hasta la parte de la corteza cerebral destinada a percibir los sonidos y los ruidos, es decir, el centro auditivo común [A. C.], se almacenan en algunas de las células de dicho centro, las cuales desde entonces estarán funcionalmente diferenciadas. Pero esta imagen auditiva por sí sola no podrá evocar más que la sensación o el recuerdo de un sonido con sus características generales; aunque sí podrá, como ya lo vimos, dar lugar a una alucinación elemental.

Para completar la idea de 'campana', es necesario que a esta primera imagen auditiva se asocien otras imágenes sensoriales: una imagen visual que

proporciona la forma y el color del objeto, una imagen tactil que comunica sus contornos, etc.; y gracias a esas asociaciones, cuando una de las imágenes reviste la forma alucinatoria, el enfermo la religa a la idea de una campana.

La idea de un objeto resulta pues de la asociación de diferentes imágenes producidas por impresiones sensoriales diversas, localizadas en los centros perceptivos comunes.

Pero, en cualquier caso, tal idea puede constituirse independientemente del lenguaje. La mejor prueba de esto la tenemos en los niños.

El niño, aunque aún no hable, con frecuencia manifiesta mediante gestos, mediante gritos, el deseo que tiene respecto a un objeto que en su mente está bien determinado. En vano se le ofrecerá cualquier otro, que él se volverá hacia otro lado, grita más fuerte, se agita, llora hasta que llegan a entender qué es lo que quiere. Por el contrario, dándole el objeto ansiado, al ver su satisfacción se comprueba que ha obtenido lo que deseaba. Este niño tenía pues muy bien formada la idea de un objeto concreto, ya antes de saber hablar.

Creo que este ejemplo bastará para mostrar a ustedes que la idea es independiente de la palabra.

Más tarde, cuando ese niño empieza a hablar, traducirá sus ideas mediante el lenguaje hablado; una nueva función se ha desarrollado, la función lenguaje. A partir de ese momento las ideas tienen una etiqueta, y esa etiqueta *es la palabra*[4].

La palabra, a su vez, también está constituída por diferentes imágenes, que en parte se asocian entre sí y en parte con las imágenes del objeto.

Supongamos que ustedes enseñan una campana a un niño y la hacen sonar junto a su oído pronunciando la palabra «campana». Esa palabra, repetida un número suficiente de veces, se fijará en las células de un centro A –el de la memoria auditiva de esa palabra– y constituirá *la imagen auditiva de la palabra*, después de haberse asociado en [el centro] I a la imagen concreta del objeto, a la cual [desde entonces] podrá evocar y, recíprocamente, ser evocada por ella.

Muy poco después, al oír la palabra el niño intenta a su vez pronunciarla; la primera imagen auditiva repercute sobre un segundo centro M –el de la memoria motriz de la articulación– originando así una segunda imagen, la de la *memoria motriz de articulación*, ligada desde entonces a la imagen verbal auditiva y a las del objeto.

---

4. En el original emplea el término *mot*; conviene aclarar que se refiere a 'palabra' en su sentido simbólico, es decir, cada palabra, no a 'la palabra' en sentido de 'el habla' (*parole*).

Más tarde, cuando el niño aprende a leer, se forma una tercera imagen –la *imagen visual de la palabra*– en el centro V de la memoria visual de las palabras, en relación con las [imágenes] precedentes y con el centro de asociación de las ideas, I.

Finalmente, cuando, aprendiendo a escribir, ese niño copie una muestra puesta ante sus ojos, la impresión visual de la palabra estimula el centro G, que preside los movimientos coordinados de la escritura; la *imagen gráfica* que de ello resulta, debido a las conexiones que se establecen entre los centros de las otras imágenes de la palabra y el centro I de asociación de ideas, podrá desde entonces ser evocada no sólo por la imagen visual sino por las otras imágenes de la palabra y por las del objeto[5].

Aunque haya sido muy rápido, este análisis me parece suficiente para mostrar a ustedes:

Que la idea se forma antes que y sin la palabra; es independiente, y la palabra es sólo su auxiliar;

Que la palabra, como la idea, no es sino un conjunto de imágenes mentales;

Que las diferentes imágenes de la palabra están asociadas entre sí y con las imágenes de la idea, y que, en consecuencia, cada una de ellas puede evocar a las demás y ser evocada por cualquiera de ellas.

Estas diferentes consideraciones nos explican inicialmente cómo se producen las alucinaciones elementales y las alucinaciones sensoriales comunes al evocar la idea de un objeto mediante el mecanismo que les expuse en la última sesión; también han visto ustedes por qué las alucinaciones verbales pueden ser de diferentes especies según afecten a tal o cual centro del lenguaje.

En esa línea, han podido ustedes comprender cómo ciertos alienados tienen alucinaciones comunes sin tener alucinaciones verbales, al ser la idea independiente de la palabra. Finalmente, si recuerdan las asociaciones que hay entre la idea y la palabra, ya no les sorprenderá encontrar alucinaciones

5. [Nota de Séglas] Es interesante destacar que, en algunos casos, se encuentra en el desarrollo de las alucinaciones una trayectoria paralela a la de la formación de las ideas y de la palabra. El niño oye primero el sonido de una campana, lo diferencia con ayuda de otras imágenes sensoriales que le proporcionan la idea de este objeto, del que enseguida pronunciamos el nombre para que lo oiga aunque no será capaz de expresarlo hasta tiempo después. El perseguido crónico, por su parte, oye primero sonidos indiscriminados (alucinaciones elementales), después diferenciados (alucinaciones auditivas comunes), después voces externas (alucinaciones verbales auditivas), y sólo más tarde llega a oír voces interiores (alucinaciones verbales motrices).

comunes asociadas a alucinaciones verbales. Los mismos razonamientos nos explicarán más tarde las combinaciones alucinatorias, porque la idea, como la palabra, no es sino un conjunto de imágenes mentales.

Pues bien, señores, podemos decir en términos generales que son posibles todos los modos de asociación entre todas estas distintas alucinaciones, comunes y verbales, e incluso que se han observado en la clínica.

Se les puede dividir en dos categorías, según que afecten al mismo sentido o a sentidos diferentes.

He aquí, por ejemplo, un caso de alucinaciones comunes y verbales asociadas afectando a la vista: «*Vi* en la mismísima pared que hay a la cabecera de mi cama *varias caras*, a medias unas sobre otras, y *veía salir las palabras* de sus bocas».

Otra enferma tiene una voz interior (alucinación verbal motriz) que le dice «Ve ahí, haz tal cosa», y entonces se siente impulsada a obedecer, como si estuviese electrizada; se siente atraída como si «rebosase por el borde de la silla»[6] (alucinación motriz común).

Veamos otros casos en los cuales las alucinaciones comunes y verbales tienen una localización diferente.

Una enferma que se cree posesa oye una voz interior (alucinación verbal motriz) que le habla, y entonces «me pongo, dice, como con un maridito» (alucinación genital). en otras ocasiones, ese personaje le anuncia, siempre como voz interior, que le hará ver a la Virgen, y «ve, dice, realmente a la Virgen, los ángeles, los esplendores del cielo...».

Sin entretenerme en citar numerosos ejemplos análogos, me contentaré con exponerles el siguiente, en el que las asociaciones alucinatorias son muy abundantes.

«Durante veinte minutos, refiere una enferma, *oigo* crujir los muebles (alucinación auditiva elemental). Poco después, *veo* en medio de una gran claridad a Satán con sus cuernos (alucinación visual común), moviéndose y diciendo como una verdadera [*sic*] voz (alucinación verbal auditiva): "Revolveré tu cuerpo de tal modo que harás lo que no quieres hacer". Por pudor, no puedo decirle a usted con detalles lo que sentí entonces, aunque sin duda me comprenderá (alucinación genital); después sentí como un engrosamiento en la entrada de la matriz y unas fuertes sacudidas en el vientre (alteraciones de la sensibilidad general)».

---

6. Or.: *Comme si elle se sauvait de dessus sa chaise*; literalmente: 'como si rebosase por el borde de la silla', en el sentido en que rebosa un líquido que hierve.

3º Alucinaciones verbales asociadas entre sí

Las alucinaciones verbales pueden ser todas de la misma naturaleza; por ejemplo, auditivas.

Es el caso de los enfermos que, en lugar de palabras o frases aisladas, oyen varias voces que mantienen una verdadera conversación. A veces tal conversación discurre en el mismo sentido[7], pero en otras ocasiones las voces son dialogadas y, por así decir, se oponen la una a la otra. Es lo que Morel llamó *la doble voz*. En una memoria sobre el antagonismo de las ideas delirantes escrita en colaboración con el Dr. Bezançon, hemos comunicado numerosos ejemplos de esta categoría[8]. Lo más frecuente es que el paciente perciba por ambos oídos todas las alucinaciones aunque sean antagonistas.

Una paranoica oye a unas «mujeres perseguidoras, malvadas e ignorantes, que la llaman marrana, canalla, puta»; pero también a otras que le consuelan, que le dicen «que no escuche a las otras, que no les haga caso».

Hay otros casos, más raros, en que las alucinaciones antagonistas se acantonan por separado, cada bando en un oído.

Una enferma oye las voces de dos espíritus que le hablan: el buen espíritu le habla por el lado derecho, le da buenos consejos, la exhorta al bien etc.; el timbre de la voz se parece al de su hijo. El espíritu malo le dice por el oído izquierdo todo lo contrario que el otro, la mueve a hacer el mal, a detestar a sus propios hijos; esta voz se parece a la de su hija.

En otras ocasiones, la conversación que percibe el enfermo se lleva a cabo con la ayuda de alucinaciones motrices.

Una alienada oye voces interiores, una que le recuerda hechos pasados, otra que la riñe. Una voz interior le ordena decirme: «Usted amó a una mujer que es el diablo», y otra le dice que hace mal en hablarme así.

Las alucinaciones verbales psicomotrices son a menudo también antagonistas, sosteniendo una los pros y la otra los contras; la misma enferma de antes dice «tener siempre dos ideas contradictorias». Se trata, en cierto modo, de la lucha del bien y del mal. Se establece entonces una verdadera conversación interior que ostenta todas las características de las alucinaciones verbales motrices, y con frecuencia el enfermo no tiene la más mínima conciencia de estar interviniendo de ningún modo en esa conversación a la que meramente asiste, y que le parece mantenida entre dos individuos que hubieran tomado posesión de él.

---

7. Or.: *dans le même sens*; literalmente: 'en el mismo sentido'. Por el desarrollo de la frase, hay que entender 'estando todas de acuerdo y hablando todas a la vez'.

8. [Nota de Séglas] J. SÉGLAS y P. BEZANÇON, *Annales médico-psychologiques*, 1889.

El diálogo o el antagonismo no se dan solamente entre alucinaciones verbales de la misma naturaleza; pueden también establecerse entre alucinaciones verbales motrices y auditivas.

Ya he publicado el caso de una perseguida en la que «el ataque» se producía mediante alucinaciones verbales auditivas, representando las motrices la «defensa».

Una alienada del mismo tipo oye por los oídos fuertes voces, nítidamente articuladas, que le dirigen burlas e injurias. Tales insultos se siguen, tras un breve intervalo, de una palabra de consuelo, de un elogio, que no oye por los oídos sino por inspiración, «como si se hablase a sí misma».

La Sra. L... se cree perseguida por los *inyectores*[9], que le dicen al oído toda clase de injurias. Pero una vocecita interior que se origina en su estómago le pone en guardia diciéndole, por ejemplo: «Mamá, quieren envenenarte». Esa vocecilla le hace rebullir la lengua y abrir los labios; la entiende gracias a los movimientos que le produce en la lengua.

La Sra. S... perseguida, oye por los oídos unas voces a las que se siente irresistiblemente impulsada a responder, al menos con el pensamiento, y siente entonces los movimientos de la lengua como si fuese realmente a hablar. Conversa así con esas voces exteriores, y unas veces la respuesta le parece claramente la expresión de un pensamiento que no puede retener, pero otras, por el contrario, las contestaciones se corresponden con palabras extrañas al curso de sus ideas, impuestas por sus enemigos y que ella se limita a repetir pasivamente debido a una electrificación especial de su lengua ejercida por sus perseguidores.

Se trata en todos estos casos de alucinaciones verbales diversas, no sólo coexistentes sino religadas entre ellas mediante asociaciones directas, y presentando la característica capital de que cada una de ellas concierne a palabras o frases *diferentes*, así como las alucinaciones comunes asociadas tenían cada una que ver con ideas diferentes.

C [ALUCINACIONES COMBINADAS].— Lo anterior no se da en los casos que vamos a estudiar ahora. Ya no se trata de asociaciones entre alucinaciones que tengan que ver con cosas o frases diferentes; son ahora verdaderas *combinaciones* alucinatorias relativas *a un mismo* objeto o a *las mismas* palabras.

---

9. *Injecteurs*: 'inyectores', 'los que ponen las inyecciones'; neologismo probablemente relacionado con los enfermeros.

Pero sólo hay combinación propiamente dicha si las alucinaciones son de la misma naturaleza, bien sean comunes, bien sean verbales; por lo tanto, las alucinaciones elementales no pueden entrar en el cuadro clínico.

Me limito a citarles casos de alucinaciones comunes.

Un día, al entrar en su casa, una enferma se queja de notar un olor a incienso y al mismo tiempo de ver el humo.

Hechos de género semejante no son raros en los perseguidos con ideas de envenenamiento, que encuentran a la vez en sus alimentos gustos y olores particulares.

Se trata en estos casos de alucinaciones combinadas, en el sentido de que no se refieren más que a *un solo* objeto, pero afectando al mismo tiempo a *varias* de sus diferentes imágenes constitutivas.

Se distinguen por tanto de las alucinaciones comunes aisladas, ya que éstas no hacen sino evocar la idea de un objeto afectando solamente a *una* de sus imágenes; se diferencian también de las alucinaciones comunes asociadas, que afectan a un buen número de imágenes pero perteneciente cada una a objetos diferentes.

Es sobre todo en el terreno de las alucinaciones verbales donde se encuentran estas combinaciones alucinatorias.

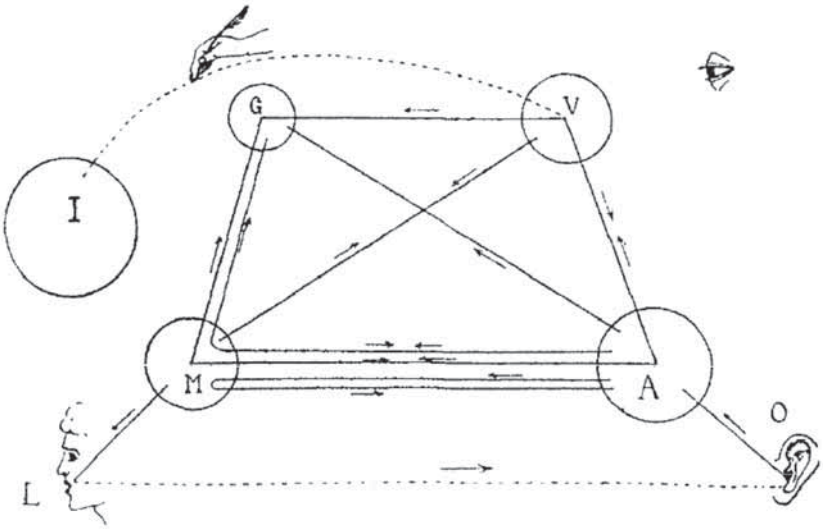


Fig. 2.

Las alucinaciones verbales combinadas son aquellas en las que el enfermo percibe *una misma palabra* o *una misma frase* por medio de varias imágenes verbales que se activan a la vez y tienen forma alucinatoria; en eso se diferencian de los casos que hemos analizado hace un momento.

Como la cuestión de las alucinaciones combinadas en el terreno de la función lenguaje es bastante complicada, me ha parecido útil utilizar el esquema adjunto (figura 2) para facilitarnos su estudio.

No es necesario que les diga que, como otros semejantes [que les he mostrado], no es un documento, una prueba fisiológica, sino simplemente un procedimiento didáctico, un medio de orientarnos y de representar nuestras ideas al respecto.

Los cuatro centros A,V, M y G representan los diferentes centros del lenguaje: auditivo, visual, motor de articulación y de representación de los movimientos gráficos. Dejaremos este último aparte por el momento.

Cuando el proceso de excitación central que origina la alucinación se localiza sólo en uno cualquiera de estos centros, tienen lugar las distintas alucinaciones verbales que hemos estudiado precedentemente, auditivas, visuales o motrices, presentándose en estado de alucinaciones *puras* o *simples*.

De este modo, se pueden clasificar las alucinaciones del lenguaje, exactamente igual que a los individuos normales, según tres tipos: auditivo, visual y motor.

Pero, por otra parte, podemos reproducir aquí las diferencias establecidas a propósito de las afasias, según que los centros del lenguaje se vean afectados aislada o simultáneamente. Aunque la predominancia de tal o cual de las imágenes localizadas en los distintos centros puede ser real en determinados individuos y a una determinada edad, las relaciones entre dichos centros no por eso dejan de ser muy estrechas; se influencian recíprocamente los unos a los otros, en grados variables según sea cada persona. Esta subordinación respectiva de los centros del lenguaje ha sido hoy en día puesta en relieve por [el estudio de] la patología de las afasias.

Pues, así como una lesión localizada en un centro verbal puede conllevar alteraciones en la evocación de imágenes verbales localizadas en otro centro distinto, de ese mismo modo, debido a conexiones que unen todos los centros, el proceso de estimulación alucinatoria que afecte a uno de ellos puede activar también a uno o varios de los otros, originando así alucinaciones verbales combinadas.

Las más frecuentes son las que resultan de la puesta en juego de los centros auditivo y motor de la articulación. No nos extrañará esta frecuencia relativa

si pensamos que la imagen auditiva verbal es la primera que se desarrolla, y que la mayoría de los individuos son auditivos por naturaleza. Por otra parte, el centro auditivo está íntimamente ligado al centro del lenguaje articulado; esto se comprende con facilidad, ya que al aprender a hablar no hacemos sino repetir lo que oímos. También la patología, por su parte, pone de manifiesto con claridad las relaciones recíprocas de los dos órdenes de imágenes que están allí almacenadas.

En lo concerniente a la combinación de alucinaciones verbales auditivas y motrices, da lugar a distinguir unas cuantas variedades.

En un primer trabajo sobre las alucinaciones verbales (*Progrès medical*, 1888), ya puse de relieve que algunos alienados que tienen alucinaciones motrices oyen sin embargo realmente; esta consideración me había llevado a dividir esas alucinaciones en alucinaciones verbales motrices puras y en alucinaciones motrices que incluyen al tiempo un elemento sensorial, siendo por tanto a la vez y en diversas proporciones auditivas verbales y motrices.

Ya he insistido en diversas ocasiones acerca de esta división y he comunicado un número bastante grande de ejemplos clínicos que la apoyan[10]. Este particular aspecto ha sido después abordado de una manera más específica por Pieraccini en Italia.

Con frecuencia he citado un estudio de Charcot en el cual un enfermo que tenía voces interiores y exteriores, sentía moverse la lengua a su pesar en el momento en que hablaba la voz interior. Entonces, al tiempo que su lengua se removía, el enfermo *oía* su voz interior, y ésta tenía un timbre más bajo que la exterior.

Una de mis pacientes, alucinada auditiva, tenía también voces interiores que se acompañaban de movimientos linguales. Oía a la vez las dos clases de sensaciones auditivas y las distinguía perfectamente entre sí.

En otra enferma, la voz epigástrica suena también en los oídos; un día, al ir a comulgar, la voz epigástrica dijo: «Gran porquería», y a la vez ella la oyó.

Otro paciente decía que «su voz labial resonaba en sus oídos como un cuchicheo». En otra enferma, las voces interiores se transmiten a veces hasta el interior de los oídos, y entonces, dice, suena como una voz grisácea, pero las voces siempre son internas.

---

10. [Nota de Séglas] J. SÉGLAS y P. BEZANÇON, *Annales médico-psychologiques*, enero 1889.– J. SÉGLAS, «Note sur le dédoublemente de la personnalité, etc.», *Archives de neurologie*, nº 64.– J. SÉGLAS y P. LONDE, «Hallucination dans la mélancolie», *Archives de neurologie*, nºs 68 y 69.– J. SÉGLAS, *Troubles du langage chez les alienés* [París, Rueff, 1892], p. 153 y *passim*.

El Dr. Régis[11] me ha comunicado también un caso de un enfermo que sufría alucinaciones verbales motrices con movimientos de articulación muy ostensibles, que repetían su pensamiento. Pero, simultáneamente, oía esos pensamientos escapándose desde su oído izquierdo (tenía una otitis media en ese lado) y propagándose por ahí fuera, de donde procedía su convicción de que los demás oían su pensamiento[12]. El mismo autor ya había comunicado un caso en el que se detallan datos clínicos análogos[13].

En todos los ejemplos que acabo de citar a ustedes, la excitación inicial actúa primero sobre el centro M [motriz; ver fig. 2], para alcanzar después el centro A [auditivo; ídem] siguiendo el trayecto MA.

Otras veces la alucinación procede de A a M, resultando entonces auditivo-motriz.

Les citaré por ejemplo el caso de una enferma de Breitman[14] a la que atormentan unas voces que le fuerzan a emplear palabras groseras. Las voces, tanto de hombres como de mujeres, le dictan las palabras que ella no puede abstenerse de repetir. Los casos de este último género constituyen una especie de *ecolalia alucinatoria*.

Pero hay casos más complicados. El mismo autor ha publicado la historia clínica de una alienada que profiere palabras obscenas porque unas voces llegadas a través de la pared se lo ordenan y se las susurran al oído. Siente entonces cómo su lengua se mueve dentro de su boca en contra de su voluntad. Unas personas malvadas tiran de su lengua mediante hilos invisibles y las palabras salen a pesar suyo. Además, no sólo la obligan a decir las palabras en voz alta, sino que también en cuanto las ha pronunciado las oye repetirse.

La excitación del centro auditivo de la palabra que ha dado lugar a la alucinación auditiva repercute en este caso sobre el centro motor de un modo lo bastante enérgico como para provocar la impulsión verbal, la cual, por una especie de contragolpe, despierta la imagen auditiva de esa misma palabra. La alucinación ha vuelto a su punto de partida, siguiendo el trayecto AMA, y resulta en realidad de la combinación de tres imágenes verbales.

---

11. Emmanuel RÉGIS (1855-1918). Se doctoró en Medicina con una Tesis sobre la «locura compartida» (*La folie à deux ou folie simultanée*, París, Baillière, 1880) y escribió uno de los tratados más leídos en aquellos años, *Précis de Psychiatrie*, cuya quinta edición (París, Dion, 1914) superaba las mil doscientas páginas y contribuyó a divulgar las teorías freudianas entre los psiquiatras franceses. Su carrera profesional se desarrolló en los manicomios de Ville-Évrard, Sainte-Anne y Castel d'Andorte (Burdeos).

12. [Nota de Séglas] RÉGIS, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1894.

13. [Nota de Séglas] RÉGIS, *Encéphale*, 1881.

14. [Nota de Séglas] BREITMAN, *Thèse de Paris* [Tesis leída en París], 1889.

Los casos de alucinaciones combinadas de los tipos MA y AMA deben ser bien distinguidos de los siguientes, a los que podemos denominar como *palabra involuntaria e inconsciente*.

Cuando un pensamiento se formula con ayuda de imágenes motrices de articulación, los movimientos específicos que de ahí resultan pueden ser voluntarios y conscientes: es lo que ocurre en estado normal. También pueden ser involuntarios y conscientes, tal y como se produce en la mayor parte de los casos de alucinaciones motrices o de impulsiones verbales. Y, finalmente, los movimientos involuntarios pueden resultar inconscientes. Esto no tiene nada de sorprendente, ya que se trata de movimientos poco acentuados, como los de algunos enfermos con alucinaciones motrices. Pero, y esto es más curioso, esa inconsciencia puede persistir cuando los movimientos son suficientemente intensos como para que la palabra se articule realmente... Sea en voz alta o baja, siempre tiene el timbre necesario para impresionar el oído del observador y del propio sujeto. Este tiene una sensación auditiva bien real, completamente diferente de las percepciones auditivas de los alucinados; pero no reconoce su propia voz, atribuye a otras personas las palabras que él mismo ha pronunciado y que han resonado en sus oídos. Es lo que podemos representar mediante el trayecto MLOA [fig. 2].

Baillarger ha citado un caso de este tipo y yo mismo he publicado otro semejante (*Troubles du langage chez les alienés*, p. 152) observado en una joven internada en La Salpêtrière. Mantiene de ese modo una conversación consigo misma, respondiendo a personajes imaginarios que está convencida de haber oído, aunque ella es la única que ha hablado en voz alta sin ser consciente de ello. Por más que se le asegure que hemos oído su voz, que le hemos visto mover los labios, niega enérgicamente haber hablado en ninguna otra circunstancia que para contestar a lo que ha oído.

Este fenómeno es completamente semejante otro más frecuente y mejor conocido: el de la escritura involuntaria e inconsciente.

Las combinaciones alucinatorias no se limitan solamente al campo de los centros auditivo, verbal y motor de articulación, pueden también afectar al centro visual de las palabras.

Hemos estudiado precedentemente las alucinaciones verbales visuales simples; pero también las hay mixtas. He visto un caso de un enfermo afectado por alucinaciones verbales de esas dos clases y que las distinguía muy bien. Lo más frecuente era que la alucinación verbal visual se le presentase en estado simple, pero otras veces decía que, al mismo tiempo, una voz muda

(es decir, una alucinación motriz) le hacía deletrear lo que veía escrito ante sí. Su alucinación visual repercutía sobre el centro de articulación, siguiendo el trayecto VM.

Una melancólica a la que he seguido durante mucho tiempo, oía unas voces que le decían «Maldita» a través del oído, y entonces veía esa palabra escrita sobre la puerta o la pared; el proceso alucinatorio seguía aquí el trayecto AV.

Por otra parte, hay casos en los que la alucinación verbal visual no podría explicarse si se diese sólo en estado simple; así ocurre cuando el enfermo no sabe leer. Pieraccini comunica un fenómeno de esta índole en una enferma que experimentaba alucinaciones visuales de caracteres escritos, los cuales tenían la significación de advertencias del Cielo que ella podía comprender muy bien; sin embargo, no sabía leer en absoluto y no conocía más «letras» que las suyas[15].

A pesar de las afirmaciones de la enferma diciendo que tal fenómeno no se acompañaba de ninguna clase de voz exterior ni interior, el autor piensa que sólo podría haber una explicación si admitimos la intervención simultánea de otras imágenes verbales, probablemente las auditivas (VA). Si con Wernicke, Lichtheim, etc., aceptamos que las diversas funciones del lenguaje están absolutamente subordinadas a las del centro auditivo verbal, dicha explicación es posible. Pero, en todo caso, no ha sido demostrado de manera irrefutable. Hay que subrayar, en efecto, que esta enferma tenía además alucinaciones motrices. A partir de esto, tendría más bien que admitirse, como en nuestra paciente citada líneas atrás, la intervención del centro motor de articulación (VM), que tiene con el centro visual relaciones tan estrechas como las de éste con el centro auditivo (Ferrier). O bien, lo que es más probable, podría tratarse de una interpretación delirante banal (VI), como en los enfermos que no saben escribir y que sin embargo atribuyen un sentido a los caracteres informes que garabatean.

Tales son, en los casos clínicos que he podido reunir, los modos de combinación que se dan en cuanto a la alucinación verbal visual. Pero no pretendo con esto decir que sean los únicos posibles. Hay en todo esto algunos puntos del estudio psicológico que observaciones futuras quizá puedan iluminar.

En lo concerniente a la función lenguaje, aún puede ser tenida en cuenta una última especie de alucinaciones, las alucinaciones *gráficas*.

Se han comunicado con menos frecuencia que las otras. El motivo es fácilmente comprensible. Muchos individuos no saben escribir y por eso

15. [Nota de Séglas] PIERACCINI, *Il Manicomio moderno*, 1893.

no pueden tener alucinaciones gráficas, igual que los que no saben leer no pueden tener alucinaciones verbales visuales. Por otra parte, entre quienes saben escribir las imágenes gráficas casi nunca son reutilizadas en el proceso de pensar. Ya saben ustedes, incluso, que hay algunos autores que niegan la existencia de un centro gráfico autónomo e independiente. Pero esto no tiene mucha importancia para nuestro tema; se tenga la idea que se tenga sobre la existencia de un centro gráfico, habrá que admitir forzosamente que tiene que haber una parte de la corteza cerebral, poco importa dónde, un lugar cualquiera, bien sea especializado o bien dependiente del territorio motor general, donde se almacenen las imágenes gráficas adquiridas mediante el aprendizaje. Este lugar puede llegar a ser la sede de un proceso alucinatorio, y el enfermo tendrá la percepción exacta de una palabra con ayuda de los movimientos adaptados a su escritura que llevaría a cabo si realmente escribiese tal palabra.

Es necesario decir que hasta ahora, al menos que yo sepa (y si dejamos aparte los hechos relativos a la escritura automática e inconsciente), las alucinaciones gráficas casi nunca han sido constatadas en estado simple. En un sólo caso –que comuniqué en otro lugar– no he podido detectar la combinación de otras imágenes verbales alucinatorias. En todos los demás, las alucinaciones gráficas se manifiestan en combinaciones, lo que no tiene nada de sorprendente ya que las imágenes gráficas son las últimas que se adquieren y están así bajo la dependencia de las demás imágenes verbales.

A veces la combinación se establece con una alucinación verbal auditiva, siguiendo el trayecto AG, como en el caso de un paciente del Dr. A. Marie[16], que escribía a su pesar al dictado de sus persecutores.

Este dato clínico se explica muy bien si se piensa en las relaciones que unen a las imágenes verbales, auditivas y gráficas, y que se ponen muy de manifiesto en otras circunstancias en los casos de la agrafia consecutiva a la sordera verbal.

Pero, a partir de los casos comunicados, la alucinación gráfica parece combinarse más frecuentemente con una alucinación verbal motriz que con una auditiva. Se comprende que sea así, pues se trata de fenómenos psicológicos de la misma naturaleza; en el estado de normalidad, por el mero hecho de la educación, existen asociaciones preestablecidas entre las dos imágenes mo-

16. Auguste MARIE (1865-1934). Hizo la especialidad como médico interno de los Asilos del Sena. Posteriormente jefe de servicio en el Hospital de Villejuif, y desde 1917 sucesor de MAGNAN en el Servicio de admisiones de Sainte-Anne. Sus intereses abarcaron la neuropatología de la visión, la psicopatología, el psicoanálisis, la utilización terapéutica de las producciones artísticas de los pacientes y, sobre todo, los sistemas de apoyo post-alta y de acogida familiar según el modelo de la aldea de Gheel.

trices. Observen ustedes cómo escribe un niño o un sujeto poco ducho en la escritura; les verán a la vez mover los labios, la lengua, a veces hasta les oirán deletrear. Recurren pues a la imagen de articulación para provocar o reforzar la imagen gráfica, más reciente y menos estable que la primera, creando así entre estas dos imágenes asociaciones capaces de lograr la capacidad de evocarse la una a la otra. Además, la patología de la afasia nos muestra las estrechas relaciones que existen entre los trastornos de la articulación y los de la escritura.

Como ejemplo de esta combinación entre alucinaciones verbales motrices y gráficas siguiendo la vía MG, les recordaré a ustedes el historial de una de mis pacientes: «Nota que le agarran la mano, siente en su interior algo así como un fluido frío y escribe cosas a su pesar». Cuando se dispone a escribir a sus padres, «el espíritu se adueña de ella y entonces escribe otra cosa».— «Al escribir, el espíritu le proporciona los pensamientos a través del estómago. La voz epigástrica no es una voz sino un pensamiento. Es como si hablase consigo misma».

El Dr. Régis ha comunicado un caso parecido de una enferma que escribe inconscientemente y no tiene conocimiento de sus escritos hasta que no los relee. Estas impulsiones gráficas tienen muy estrechos lazos con las alucinaciones verbales motrices. En efecto, sólo se producen a título de continuación –y por así decir, de consecuencia– de las voces interiores; sino que, además, cuando el sujeto se entrega a la escritura automática se le ve ejecutar al mismo tiempo con la lengua y los labios imperceptibles movimientos de articulación.

Recuerden ustedes a esos médiums escritores: a la vez que sienten el impulso comunicado a su mano, oyen el pensamiento sugerido por el espíritu, pero no lo oyen a través del oído como los médiums auditivos, sino que lo oyen interiormente. Son pues los *médiums escritores intuitivos* o *semimecánicos*; dicho en una palabra, tienen una alucinación motriz de articulación que parece preceder a la impulsión gráfica.

Hay casos en que la articulación es aún más compleja y afecta a la vez a los tres centros M, A y G. Aquí, la alucinación motriz que se combina con la gráfica, engloba a su vez un elemento auditivo como en los casos MA que hemos visto hace un momento.

Pieraccini cita el caso de un enfermo que tenía impulsiones gráficas precedidas por las voces interiores habituales, englobando un elemento auditivo junto al elemento motor predominante y dictándole en cierto modo las palabras.

Esta combinación alucinatoria se asemeja a un fenómeno normal bien conocido; algunos individuos mueven los labios repitiendo al escribir la palabra que se les acaba de dictar.

Para terminar, aunque personalmente no conocemos casos de alucinaciones gráficas y verbales visuales asociadas, no debemos considerar tal cosa imposible *a priori*. El individuo copiaría entonces, en cierto modo, la palabra proporcionada por la alucinación visual (VG). Hay un hecho que podría venir en auxilio de esta hipótesis: en muchas anestesias histéricas, la escritura automática inconsciente está guiada de alguna manera por una sensación de conciencia visual. Casi todos los individuos interrogados con minuciosidad afirman que se ven escribiendo; en otros términos, se representan mentalmente la imagen de su mano que escribe, o la imagen de la letra que están escribiendo. Ese modelo es copiado por el movimiento gráfico inconsciente (Binet y Feré).

DECIMOCUARTA LECCIÓN

PARANOIA AGUDA Y CONFUSIÓN MENTAL PRIMARIA[1]. LAS IDEAS DE AUTOACUSACIÓN EN LA PARANOIA AGUDA[2]

SUMARIO.—
La *Paranoia*.— Su definición. Sus divisiones.
Opiniones diversas sobre la delimitación de la paranoia aguda y de la confusión mental alucinatoria.
Paranoia aguda simple.— Ejemplo clínico: ideas de persecución y de autoacusación.
Paranoia aguda alucinatoria.— Ejemplo clínico.
Paranoia aguda alucinatoria con confusión mental.— Ejemplo clínico: ideas de autoacusación.
Confusión mental primaria alucinatoria.— Ejemplo clínico.
Distinción de la paranoia aguda y de la confusión mental primaria.
Casos mixtos; delirios alucinatorios: ejemplo clínico.

Señores,

En una de nuestras reuniones precedentes les mencioné de pasada el diagnóstico diferencial entre la confusión mental primaria propiamente dicha, de intensidad mediana, y ciertas formas de paranoia aguda; diagnóstico con frecuencia difícil en sí mismo y que a veces llega a serlo mucho más debido a que la paranoia aguda puede también acompañarse de estados de confusión mental[3]. Hoy me propongo exponerles esta cuestión con más detalle. Si en

1. La expresión francesa *confusion mentale primitive* suele traducirse literalmente: confusión mental primitiva. En español, los términos 'primitivo, -a' hace años que han caído en desuso, a favor del empleo de 'primario, -a' para calificar aquellas afecciones cuyo origen es desconocido o se atribuye a la constitución del individuo.

2. [Nota de Séglas] Lección del 21 de febrero de 1894, publicada por el Sr. H. MEIGE en *Journal des connaissances médicales*, nos 16, 17, 18 y 20, de 1894.

3. Lección no incluida en esta selección.

la práctica clínica merece un estudio especial, no es menos importante en el campo teórico; pues tiene que ver con la delimitación propia entre la confusión mental y la paranoia aguda, que hoy en día es en el extranjero objeto de grandes controversias[4].

Antes de nada, me parece necesario explicarles muy brevemente lo que es la paranoia.

Se designa bajo el nombre de *paranoia* –locura sistemática– a un estado psicopático funcional, caracterizado por una desviación particular de las funciones intelectuales superiores, que no implica ni una disminución profunda ni un desorden general, acompañándose casi siempre de ideas delirantes más o menos sistematizadas y permanentes con frecuentes alucinaciones.

Ese delirio, que no representa sino una fase, el punto culminante de la afección, es independiente de toda causa ocasional o de cualquier estado morboso emocional anterior; tiene su origen en la intimidad del carácter individual, de la personalidad; es un delirio primario. Así que no hace sino evidenciar de modo absolutamente patológico unas anomalías de la constitución psíquica

4. Al final de su Lección XII («Locura de las enfermedades agudas»), KRAEPELIN se lamenta de que se dé el nombre de *confusión alucinatoria* o *Amentia* (Meynert) a cuadros y estados completamente diferentes en su esencia, aunque semejantes en lo exterior, pertenecientes en su mayoría a la demencia precoz y a la locura maníaco-depresiva (Ver: E. KRAEPELIN, *Einführung in die psychiatrische Klinik: Zweiunddreissig Vorlesungen*, Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1905 [2ª ed.]). Se hace eco así de los debates sobre la clínica diferencial de la paranoia aguda y la confusión mental, un aspecto que él trató de zanjar oponiéndose a la existencia de formas agudas de paranoia. A respecto, en 1913 escribió: «Después de dilatadas observaciones, el análisis de este tipo de casos [paranoia aguda] nos enseña indudablemente que, año a año, un gran número de estos pertenecen a enfermedades conocidas y totalmente diferentes. Al menos, la mayoría de los casos de la llamada paranoia aguda no muestran ni un origen específico, ni un desarrollo y fin peculiar, ni otros indicios clínicos que permitan separarlos de otros cuadros. Personalmente incluso dudo que en un examen exhaustivo quede algún aspecto clínicamente evaluable. Pero si se quiere mantener esta tesis sería más útil no aplicar el concepto de paranoia a esos cuadros clínicos para así no desdibujar ni las características esenciales de las formas universalmente reconocidas de esta enfermedad, ni su transcurso insidioso, ni las perspectivas de curación poco favorables, ni tampoco la permanencia de construcciones delirantes» (KRAEPELIN, E: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, J. A. Barth, t. III, 1915, p. 1711. Edición española: E. KRAEPELIN, «La locura (paranoia)», en J. Mª. ÁLVAREZ Y F. COLINA (dirs.), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, 1997, pp. 121-197). La postura contraria fue defendida por SÉGLAS, como podrá leerse en las páginas que siguen. Poco después de dictar las *Lecciones clínicas*, Séglas volvió a tarificar su posición respecto a la existencia de la paranoia aguda: «Son esos hechos los que nos parecen merecer la denominación de paranoia aguda, la cual no tiene nada de paradójico, desde el momento en que se afirma que *lo que tiene de agudo, de hecho, es el acceso de delirio paranoico*, en tanto que la constitución psíquica especial en la que se basa, y que es el elemento necesario e indispensable de la paranoia, le precede, la acompaña y persiste después, tan inmutable como en la paranoia crónica» (J. SÉGLAS: «La démence paranoïde», *Annales médico-psychologiques*, 1900, nº 12, pp. 232-246 (p. 240) [la cursiva es del autor]).

entre las que predomina la exageración del aprecio de la propia personalidad, la autofilia[5]. Se manifiesta como una especie de percepción inexacta de la humanidad que escapando a la ley del consenso universal, como una interpretación personal del mundo exterior en sus relaciones con la personalidad del enfermo, el cual todo lo pone en relación consigo mismo, para mal o para bien (*carácter egocéntrico* de los autores alemanes); y se acompaña siempre de una falta de crítica, de control, de una fe absoluta –aunque se mantenga completa lucidez fuera de los temas del delirio–. Las alucinaciones, cuando las hay, son creadas en apoyo del delirio, lo representan en cierto modo, y, por lo tanto, tienen el mismo carácter egocéntrico.

Como ejemplo de paranoia, les hablaré sobre lo que en Francia se ha descrito como *delirios de persecución*.

Sin entrar aquí a exponer en toda su amplitud la cuestión de la paranoia, les diré simplemente que todos los autores admiten la existencia de una paranoia *primaria*, cuya definición acabo de esquematizarles brevemente. Hay otros que describen además una paranoia *secundaria*, es decir, que sobreviene a continuación de estados psiconeuróticos, manía o melancolía. Pero generalmente se está de acuerdo en considerarla como un simple periodo de delirio sistematizado que une la afección primaria con la demencia.

En cuanto a la paranoia primaria, mientras que algunos autores consideran que siempre es de naturaleza constitucional (paranoia degenerativa), otros, sin negar que existan casos de tal género, restringen un poco ese terreno y admiten al respecto casos de naturaleza adquirida (paranoia psiconeurótica).

Además, aunque todos están de acuerdo en reconocerle un curso *crónico*, progresivo o intermitente, algunos hay que describen sin embargo una forma *aguda* de la paranoia primaria.

Cuando esta forma aguda de la paranoia primaria se acompaña de alucinaciones (y es caso frecuente) puede ofrecer una semejanza bastante grande con la variedad alucinatoria de la confusión mental primaria.

De ahí las divergencias de las opiniones que sobre este tema se encuentran en la literatura psiquiátrica.

Estudiar la cuestión de la delimitación, ya difícil desde el punto de vista clínico, resulta particularmente complicado debido a la terminología al uso, con numerosas denominaciones frecuentemente aplicadas en muy diferentes sentidos.

5. Hoy diríamos: rasgos de la personalidad narcisista.

Es así que en Alemania, donde este debate ha tenido especial viveza, el término *Wahnsinn* unas veces es sinónimo de *Verrücktheit* y *Paranoia*; y otras, al contrario, se aplica a otros hechos diferentes, correspondientes a la *Verwirtheit* o confusión mental de otros autores, cuyos sinónimos también son múltiples: ¡el Dr. Chaslin ha recopilado veintiocho en distintas lenguas!

Yo no puedo, señores, abordar aquí sucesivamente la exposición de las ideas de cada autor en particular y su correspondiente crítica[6]. Para nuestros estudios clínicos, creo preferible considerar la cuestión desde un punto de vista más general.

En resumen, las diferentes opiniones sobre la cuestión en litigio pueden reducirse a cuatro:

1º.– Es cierto que fue Westphal[7] el primero en describir, aunque muy brevemente, junto a las formas crónicas de *Verrücktheit* –o como decíamos hace un momento, *Paranoia*– una forma aguda (*acute primäre Verrücktheit*), caracterizada por un comienzo y un desarrollo rápidos del delirio, con alucinaciones múltiples y confusión[8] de ideas, comprendiendo todos los casos agudos que contemplamos.

Merklin[9], Buch, Schæfer[10], Schüle[11], Rosenbach[12], del Greco[13], Grimaldi[14], adoptan a este respecto las ideas de Westphal.

En Francia, el Dr. Magnan se aproxima también a esta manera de verlo, pues engloba todos los casos agudos en su locura de los degenera-

---

6. En especial, véase el amplio estudio de SÉGLAS «La paranoïa: historique et critique», *Archives internationales de Neurologie*, 1887, t. XIII, pp. 62-76; 221-232; 393-406.

7. [Nota de Séglas] WESTPHAL, *Allg. Z. f. Psych.*, 1878, t. XXXIV.

8. Esta «confusión de ideas» hay que entenderla en el sentido de los errores del juicio, de las interpretaciones equivocadas, más que en el de los estados confusionales tipo *delirium* (intoxicaciones y causas orgánico-cerebrales en general).

9. [Nota de Séglas] MERKLIN, *Tesis* leída en Dorpat, 1879.

10. [Nota de Séglas] SCHÆFER, *Allg. Z. f. Psych.*, t. XXXVII. Este autor se sirve del término *Wahnsinn* en lugar de *Verrücktheit* que es el empleado por WESTPHAL.

11. [Nota de Séglas] SCHÜLE, *Traité des maladies mentales*. Utiliza también el término *Wahnsinn*, y para él la *Verrücktheit* es sólo la forma original, un grupo de *Wahnsinn* típico. [Muchas de las obras alemanas citadas por Séglas llevan su título traducido al francés, aunque el autor maneje la edición original. En lo que sigue, respetamos el criterio de Séglas y mantenemos la traducción a su lengua].

12. [Nota de Séglas] ROSENBACH, *Annales médico-psychologiques*, 1891.

13. [Nota de Séglas] DEL GRECO, *Manicomio moderno*, 1892.

14. [Nota de Séglas] GRIMALDI, *Manicomio moderno*, 1889.

dos bajo el nombre de *delirios súbitos y polimorfos* [*délires d'emblée et polymorphes*][15].

2º.– En oposición a lo anterior, Krafft-Ebing[16] no admite la existencia de una forma aguda de la paranoia (*Verrücktheit*), y describe los datos en cuestión en un capítulo aparte, bajo el nombre de *delirio alucinatorio* (*hallucinatorischer Wahnsinn*). Según él, estarían muy próximos a la estupidez o demencia primaria aguda, que los autores del grupo precedente, por el contrario, describen completamente aparte.

Un cierto número de autores se alinean en esta opinión, pero usando una terminología diferente. Así es como Mayser[17] señala, y con razón, que la expresión de Krafft-Ebing no es muy afortunada, pues los alienistas no están de acuerdo acerca de si deben llamar a la paranoia *Wahnsinn* o *Verrücktheit*, y, por otro lado, el lenguaje actual identifica *Wahnsinn* con *Verrücktheit*, mientras que *hallucinatorischer Wahnsinn* difiere rigurosamente de *Paranoia*. Para los casos bien caracterizados, sería importante pues encontrar una denominación especial, como, por ejemplo, *acute astenische Delirium*.

Eso es lo que han hecho otros alienistas, que describen los casos del mismo tipo bajo los nombres de *Verwirrtheit* (Fritsch[18], Meynert[19], Koch[20], Salgo[21], Schlangenhausen[22]), *Amentia* (Meynert), *hallucinatorische Werworenheit* (Konrad[23], Salgo); *primary confusional insanity* y *acute hallucinatory confu-*

---

15. [Nota de Séglas] MAGNAN, *Leçons cliniques*, 2ª edición, 1893.– En un artículo reciente sobre este tema, este mismo autor añade simplemente que estos delirios deben distinguirse de los descritos en Alemania bajo el nombre de *hallucinatorischer Wahnsinn*, de los cuales –por otra parte– no da ninguna definición y que no figuran en su clasificación, como tampoco aparecen en ella la confusión mental primaria o la demencia aguda (*Progrès médical*, nº 5, 1895).

16. [Nota de Séglas] KRAFFT-EBING, *Lehrbuch der Psychiatrie*.

17. [Nota de Séglas] MAYSER, *Allg. Z. f. Psych.*, 1886

18. [Nota de Séglas] FRITSCH, *Jarh. f. Psych.*, 1881.

19. [Nota de Séglas] MEYNERT, *Jarh. f. Psych.*, 1881. En este trabajo, el autor distingue de la *Verrücktheit* la confusión (*Verwirrtheit*) alucinatoria, que él separa también de la *Verrücktheit* aguda de WESTPHAL, a la cual aplica el nombre de *Wahnsinn*. Más tarde (*Klinische Vorlesungen*, Viena, 1890), reunió todos esos casos agudos bajo el nombre de *Amentia*.

20. [Nota de Séglas] KOCH, *Guide pour l'étude de la psychiatrie*; *Irrenfreund*, 1880, y *Allg. Z. f. Psych.*, XXXVI.

21. [Nota de Séglas] SALGO, *Compendium der Psychiatrie*.

22. [Nota de Séglas] SCHLANGENHAUSEN, *Jarh. f. Psych.*, 1881.

23. [Nota de Séglas] KONRAD, *Arch. f. Psych.*, 1885.

sion (Spitzka[24]); *frenosi sensoria acuta* (Morselli[25]); *delirio sensoriale acuto* (de Luzenberger[26]), etc.

Así pues, hasta ahora estamos ante dos opiniones acerca de los casos en cuestión: una los relaciona con la paranoia, en tanto que forma aguda; la otra hace un grupo clínico aparte, acercándolos o incluso confundiéndolos con la demencia primaria aguda, lo cual les haría corresponderse con nuestra variedad alucinatoria de la confusión mental primaria.

3º.– Una tercera opinión, menos radical que las precedentes, distingue entre los casos agudos dos grupos, según el análisis de los síntomas, sus relaciones intrínsecas, la importancia y la naturaleza primaria o secundaria de la confusión. Pero ambos grupos están ligados a la paranoia.

De ese modo, Kirehoff[27] descompone la paranoia en *Verrücktheit*, forma crónica y progresiva, *Wahnsinn*, forma aguda pero coherente, y *Verwirrtheit* (confusión), forma incoherente en la cual aparece la confusión, sea como fundamento de la enfermedad, sea como síndrome secundario o consecutivo.

Más preciso aún, Ziehen[28] admite una paranoia alucinatoria aguda, con confusión secundaria a las alucinaciones, y una paranoia disociativa, con confusión primaria, y que se corresponde con nuestra confusión mental primaria. De igual modo, Schüle[29], en un artículo reciente, tiende a admitir en su paranoia aguda una forma que se aproximaría a la *Amentia* de Meynert.

4.– Es un acercamiento a una última opinión, más ecléctica aún, que separa los casos en dos grupos que se incluyen o bien en la paranoia en tanto que forma aguda, o bien en la confusión mental en tanto que variedad alucinatoria, y, con este criterio, trata de establecer el diagnóstico [diferencial].

24. [Nota de Séglas] SPITZKA, *Traité*.

25. [Nota de Séglas] MORSELLI, *Manuel de séméiologie des maladies mentales*.

26. [Nota de Séglas] DE LUZEMBERGER, *Manicomio moderno*, 1888.

27. [Nota de Séglas] KIREHOFF, *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1892.

28. [Nota de Séglas] ZIEHEN, *Psychiatrie*.

29. [Nota de Séglas] SCHÜLE, *Allg. Z. f. Psych.*, tomo L.

Tales son las ideas de Mendel[30] –que distingue la paranoia aguda de lo que él llama la *manía alucinatoria*–, Amadei y Tonini[31], Wille[32], Werner[33], Neisser[34], Serbsky[35], Schœnthal[36], Korsakoff[37], y Chaslin[38]. Kraepelin[39] también hace el diagnóstico entre diferentes casos, alineándolos bien sea en su *Verwirrtheit*, bien en su *Wahnsinn*, correspondiendo este último grupo, sobre todo en su variedad alucinatoria, a la paranoia aguda de otros autores, pero separado sin embargo del cuadro clínico de la paranoia (*Verrücktheit*) propiamente dicha, siempre crónica e incurable.

Señores, he tenido que explicarles muy brevemente esta serie de consideraciones, pero al tiempo que podrán servirles de guía para la lectura de los diferentes autores, les mostrarán las dificultades de estas cuestiones diagnósticas.

Todo esto seguramente les habrá parecido a ustedes muy árido y demasiado oscuro, pero algunos ejemplos les harán más claras todas estas diferencias.

No olvidemos que el objetivo de nuestras reuniones es esencialmente clínico. así pues, dejando ahora de lado toda consideración bibliográfica, intentemos estudiar los hechos en cuestión desde el punto de vista del diagnóstico.

Ustedes saben ya lo que es la confusión mental primaria alucinatoria[40]; me queda pues hablarles de la paranoia aguda.

---

30. [Nota de Séglas] MENDEL, *Die Manie*, 1881; *Real-Encyclopedie*, 1888, artículo «Paranoia aguda». La distinción hecha por este autor está más clara en trabajos anteriores: «El delirio alucinatorio» (*Médecine scientifique*, nº 21, y *Allg. Z. f. Psych.*, tomo LI).

31. [Nota de Séglas] AMADEI y TONINI, *Archivo italiano per le malattie nervose*, 1883-1884.

32. [Nota de Séglas] WILLE, *Arch. f. Psych.*, 1888.

33. [Nota de Séglas] WERNER, *Die Paranoia*, Stuttgart, [Enke] 1891.

34. [Nota de Séglas] NEISSER, *Centr. f. nervenh. und Psych.*, 1892.

35. [Nota de Séglas] SERBSKY, *Allg. Z. f. Psych.*, 1892.

36. [Nota de Séglas] SCHŒNTHAL, *Neurol. Centralb.*, 1891.

37. [Nota de Séglas] KORSAKOFF, *Traité de psychiatrie*, 1893.

38. [Nota de Séglas] CHASLIN, *Annales médico-psychologiques*, 1892.

39. [Nota de Séglas] KRAEPELIN, *Compendium*, 4ª edición, y *Neurol. Centralb.*, 1892

40. SÉGLAS aborda la confusión mental primaria en las lecciones 6ª, 7ª, 8ª, y 9ª, no incluidas en esta selección. El síndrome de confusión mental consiste en un estado psicopatológico caracterizado por la obnubilación de la conciencia, la desorientación espacial y temporal y una afectación de la memoria que se manifiesta generalmente en una amnesia lacunar posterior a la confusión. Aunque el término en cuestión lo introdujo DELASIAUVE en 1851, fue Philippe CHASLIN quien describió inicialmente este cuadro en su monografía *La confusion mentale primitive. Stupidité. Démence aigue, Stupeur primitive* (1895). Sobre el concepto de confusión y su semiología clínica, ver: J. Mª ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004, pp. 460-468.

Vamos a empezar estudiando unos cuantos hechos a los que no se puedan hacer refutaciones, y veremos si en ellos aparecen esos rasgos de la paranoia crónica que les describí hace poco.

Voy a exponerles a continuación un caso sencillo.

La Sra. L…, de treintaiséis años de edad, ingresó el 16 de septiembre.

Sus *antecedentes hereditarios* nos informan de que la *abuela paterna* murió de reblandecimiento cerebral[41]; de que el *padre* es extraño, extravagante, muy irascible, emotivo en exceso. La *abuela materna*, muy excéntrica, tenía ideas eróticas[42]; la *madre* ha tenido toda su vida ideas eróticas y ha mantenido siempre una conducta bastante equívoca; no parece haber sido histérica.

Un *hermano* es inteligente pero desequilibrado, extravagante, meticuloso, muy emotivo.

En los *antecedentes personales*, nada relevante que reseñar. Constitución bastante saludable, aunque ha tenido manifestaciones artríticas por las cuales ha sido atendida por diversos médicos. Desde el punto de vista de la complexión física, destacaremos un desarrollo exagerado del tejido adiposo y del sistema piloso, muy abundante en la cara; el lóbulo de la oreja es absolutamente adherente. Hay un prognatismo muy acentuado del maxilar inferior; la cabeza es pequeña, pero sin irregularidades[43]. Ningún estigma de histeria[44]. Es de inteligencia media, ha recibido la instrucción habitual; el carácter irascible, testarudo, variable y caprichoso. Esta señora ha manifestado siempre ideas románticas y vanidosas, *aspiraciones a lo ideal*, sentimientos religiosos muy desarrollados, escrúpulos; siempre ha sido, dice, muy exaltada en lo religioso y en todo lo demás. Ha enviudado hace tres años; nunca ha tenido hijos.

Hace dos años conoció a un tal Sr. P…, de quien nos da su nombre y dirección; ha hablado varias veces con él e incluso han mantenido correspondencia epistolar. Ella siempre creyó que la pediría que se casase con él, y construyó sobre tal unión toda clase de proyectos grandiosos de futuro. Pero se ha dado

---

41. Se conocía entonces con ese nombre a los procesos de degeneración cerebral post-trombosis o embolia.

42. Con la expresión «ideas eróticas», como se verá en otras ocasiones a lo largo del texto, Séglas no siempre se refiere a lo manifiestamente sexual sino en general a lo relativo al enamoramiento y al deseo de contraer matrimonio.

43. La descripción física sigue hasta aquí la sistemática de la antropología médica degeneracionista.

44. Los *estigmas* histéricos, concepto típicamente charcotiano, eran pequeños síntomas que se mantenían permanentemente en los intervalos entre ataques paroxísticos. Solían ser anestesias, disestesias, pequeños dolores, etc. Sobre este tema, ver los artículos de CHARCOT y GRASSET incluidos en: VV. AA., *La histeria antes de Freud*, La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, Madrid, Ergon, 2011, pp. 53-63 y 133-265 respectivamente.

cuenta de que se estaba relacionando con un «un vulgar canalla que sólo quería poseerla, mientras que ella sólo se ocupaba de cuestiones idealistas y soñaba con la unión de sus almas». Fue una gran decepción para ella ver truncados sus proyectos para el porvenir. Entonces, hacia finales de agosto, empezó a manifestar ideas de persecución, que irían acentuándose hasta su ingreso, el 16 de septiembre.

Pretendía que se le había puesto en ridículo, que se le había administrado un narcótico para volverla loca e inducirle una locura amorosa, que un día en que recibió en su casa a la persona en cuestión, se habían ocultado otras dos personas tras un visillo para espiarla; que habían impedido su matrimonio con ese individuo, al que tan pronto tildaba de miserable como le consideraba un perfecto gentilhombre, el embajador de la Santa Sede, y hablaba del rango social que ella hubiese ocupado, de la fortuna que hubiese sido suya. Querían incapacitarla; se creía deshonrada, temía el desprecio de su familia. Acusaba a todas las sirvientas de la casa de estar en su contra; se burlaban de ella a su paso, y parecían ponerse todas de acuerdo para hacerlo. Su propia criada fingía ante ella un papel miserable; dejaba todo en desorden en sus habitaciones para hacerla pasar por loca; le hacía siempre y malintencionadamente el café demasiado cargado. Una vez, la Sra. L… llevó al farmacéutico una botella conteniendo leche que ella decía estaba envenenada; escribía a diversas personas, al Procurador de la República[45] para reclamar justicia, a su confesor para pedir perdón por juzgar mal a sus padres «cuando era ella quien se equivocaba». Durante los cinco días que precedieron a su internamiento estuvo muy agitada, llegando a cometer actos violentos contra sus familiares, a quienes acusaba de querer robarle; hizo entonces fugas súbitas, en varias ocasiones durante la mayor parte de la noche; una vez incluso se llevó todo lo que tenía.

En el momento del ingreso, el 16 de septiembre, está muy excitada, agitada, locuaz, profiriendo ideas delirantes muy características, asociadas en el fondo con una cierta sistematización, pero manifestadas incoherentemente, pasando la enferma de una a otra idea con gran fluctuación.

Repite que no está afectada por la locura amorosa; que han montado un complot en su contra, que le han hecho beber un narcótico que la hizo enamorarse y que por eso ha representado la comedia del amor. Ese individuo con el que pensaba casarse es un miserable. Quiso violarla, sin conseguirlo; pero

45. Equivalente al Presidente del Tribunal Supremo en la España actual.

puso detrás de una cortina a la criada de ella para que la espiase, y tenía detrás de la puerta a un médico que hacía lo mismo. En varias ocasiones ha visto en sus alimentos un veneno echado por su doncella, que había soliviantado contra ella a todos los sirvientes de la casa. Se confabulaban a su paso, «remedaban burlonamente sus palabras». Incluso sus padres quisieron desembarazarse de ella y le dieron un filtro para hacerle representar la locura amorosa delante del médico que habían llamado para desembarazarse de ella[46]; era además un falso médico. Sufre horriblemente, con toda esa gente deseando hacerle daño. Sin duda, ese señor ha querido darle una lección; hizo mal en confiarse a él, de revelarle cosas que, después, no le parecieron bien, como haberle dicho que su padre estaba loco; pero bastante ha ya expiado esa conducta con todos los sufrimientos que le han infligido. *Tales expiaciones son justas*, es verdad, *puesto que ella ha sido culpable*, ha sido demasiado orgullosa; pero ahora ya tiene que haber expiado todas sus culpas después de haber sufrido tanto. Y diciendo estas palabras se arrastra por el suelo de rodillas, llorando, con las manos juntas como una suplicante. Sólo puede desear la muerte, y la buscaría si la religión no le prohibiese suicidarse. No reconoce oír voces injuriosas; sólo en una ocasión, su doncella le habría dicho: «Es la venganza de un corso y una alemana». Otra vez, durante una de sus fugas, habría oído a dos agentes que la seguían, disfrazados uno de ellos de ferroviario y el otro de negro, diciendo al verla: «Es inútil, está entrando en su casa».

Durante las semanas siguientes, esta señora, aunque mucho más calmada, continúa manifestando las mismas ideas delirantes. «Cuanto más lo miro, escribía en esos días, más me convenzo de que Joséphine (su doncella) ha representado ante mí un papel bien miserable… Desde el 4 de septiembre me sentía la cabeza muy pesada, por eso llevé la leche a analizar… Ella ponía todo en absoluto desorden y quería dar a entender que era yo la que dejaba todo tirado. Nunca he tenido pasiones; cuando amo a alguien, le amo profundamente y eso es todo. Si he pensado en contraer matrimonio con ese señor, ha sido porque, desde hace dos años, me decían que él quería volver a casarse y que era una persona que me convenía. He sido inconsecuente al creer que nos casaríamos, pero mis cartas son la prueba de que cuando ya no lo creí rompí enseguida la relación… Detrás de todo esto hay cosas que no me puedo explicar: ¿por qué burlarse de una persona inocente, y por qué Joséphine ha representado un papel tan miserable ante mí? De todos modos, he expiado ampliamente las equivocaciones de cualquier tipo que haya podido cometer. Les comprendo y pido que se me devuelva a la vida normal. En seis

46. Hay esa repetición en el original.

semanas he aprendido a conocer la vida; la experiencia ya está adquirida, la lección ha sido dura, pido que termine ya. Él ha sido muy severo conmigo; he tenido grandes equivocaciones, no me daba cuenta entonces; le olvidaré completamente y me acordaré siempre de las duras lecciones que me ha dado, y hasta les sacaré provecho. Aparto de mí cualquier sentimiento rencoroso, olvido el pasado, y pido que lo olviden conmigo. He tenido errores, pero enfermedades… no». Añadiré, de paso, que esta enferma no presentaba ningún estigma de histeria.

A lo largo de octubre, se va calmando y se aparta con más facilidad de sus ideas, cada vez menos estrechamente interrelacionadas. Sin embargo, sigue acusando a la familia de su padre, que no se lleva bien con la de su madre, de haber hecho entrar en escena al Sr. P… y de haber organizado el complot para hacerle perder su reputación.

En noviembre, las ideas de persecución y envenenamiento se disocian cada vez más. Pero ahora la Sra. L… tiene ideas hipocondriacas; le duele todo, tiene miedo de volverse loca o demente.

En diciembre su delirio tiende a desaparecer. Sin embargo, no considera que todas sus ideas fuesen falsas aunque reconoce que pudo juzgar mal algunas cosas porque estaba muy dolorida [psicológicamente].

En enero, la Sra. L… reconoce sin dificultad que ha estado enferma, que tuvo un acceso de delirio. Podemos considerarla curada de este acceso; pero aunque hayan desaparecido las ideas delirantes, el propio carácter individual, del cual no eran realmente más que una exageración, se mantiene idéntico a como era antes.

Aquí tienen pues, señores, un caso muy sencillo y cuyo diagnóstico [diferencial] es de los más fáciles. El de confusión mental en particular, del que nos ocupamos ahora exclusivamente, ni se plantea; no encontramos aquí ninguno de esos síntomas mentales que constituyen el fundamento de la enfermedad en la confusión mental primaria.

En nuestro caso actual, al contrario, sin insistir sobre los antecedentes hereditarios ni sobre la presencia de ciertas taras morfológicas, encontramos de entrada en nuestra enferma un carácter particular, exaltado, novelesco, vanidoso y escrupuloso. Sobre este fondo específico, salen a la luz en un momento determinado unas ideas delirantes que se manifiestan de golpe, de modo primario, es decir, sin estar precedidas por ningún trastorno psiconeurótico anterior.

Además, el comienzo no ha sido del todo súbito, sino que el periodo de aparición aguda de los síntomas delirantes ha sido precedido por un intervalo,

bastante breve por cierto, de instauración progresiva; y dichos síntomas no se han desligado tampoco, hasta cierto punto, del estado de normalidad[47].

Una vez instalados, parecían incluso ser una especie de exageración, ya que podemos encontrar en las ideas delirantes los peculiares rasgos del carácter previo. En lugar de las simples tendencias románticas, vanidosas y escrupulosas, se detectan ahora ideas erotomaníacas, de grandeza, de persecución o de expiación; y es fácil percibir además en las ideas delirantes un aire peculiar de autofilia, de expansión de la personalidad, predominante pese a la presencia de las ideas concretas de expiación.

Todas esas ideas delirantes, pese a su variabilidad sobre todo en el periodo agudo, pese a su polimorfismo, están sin embargo ensambladas por una sistematización evidente y se acompañan hasta la convalecencia de una fe absoluta de la enferma, que se las apropia y armoniza con gran facilidad ya que tienen raíces profundas en su carácter anterior, manifestando mediante sus palabras y sus actos una completa convicción, una radical falta de crítica, sin por eso dejar de ser perfectamente lúcida en el resto de sus asuntos. Hay que destacar que, incluso en el periodo más agudo, jamás ha presentado confusión mental, ni siquiera secundaria a sus ideas delirantes. Ha estado agitada, ansiosa, inquieta, pero nunca ha perdido la noción del tiempo ni del espacio. Por otro lado, tampoco ha tenido síntomas somáticos.

Esta enferma se distingue pues claramente de los casos de confusión mental, que ahora ustedes ya conocen bien; y en los puntos principales que acabo de destacar encontramos, por el contrario, todos los rasgos indicados en la definición esquemática de la paranoia que les esbocé hace poco, rasgos asignados generalmente a las formas crónicas. Considerando el curso agudo y curable de la afección, estamos pues autorizados a decir que sin duda se trata de un caso de paranoia aguda.

Antes de pasar al siguiente caso, permítanme, señores, atraer su atención sobre ciertas ideas delirantes de esta paciente.

Las ideas de persecución y de grandeza son más frecuentes en individuos afectos de paranoia, sea aguda o crónica. Generalmente, tales ideas están relacionadas entre sí y forman una especie de sistema delirante, siendo unas la explicación de otras. Es lo que se ve también en la Sra. L…, quien, en un momento dado, considera las miserias que sufre algo dictado por la envidia

47. En términos actuales: grandes zonas de la personalidad y la conducta se han mantenido íntegras, y además los síntomas han sido, en cierto modo, acentuación de los rasgos de carácter.

de verle hacer un matrimonio económicamente atractivo. Pero más tarde, por el contrario, les encuentra otra explicación, y vemos aparecer entonces *ideas de autoacusación* sobre cuyo valor semiológico ya he llamado la atención de ustedes[48]. Así pues, considera ahora las persecuciones que sufre como una lección para el futuro, una expiación de su conducta pasada. Y sus desgracias no son inmerecidas, como es habitual en los delirios de persecución de la locura sistemática (*Paranoia*) aguda o crónica. No, esta expiación es justa; porque la enferma ha cometido equivocaciones, ha sido culpable, ha sido demasiado orgullosa. Y hay que resaltar, por otra parte, que esas ideas delirantes diversas han tenido como punto de partida preocupaciones erotomaníacas. Este es un punto sobre el que tendremos ocasión de retornar.

En el caso precedente, parece que no ha habido más que leves desórdenes alucinatorios, y eso si los ha habido, que es dudoso. Este sería pues un caso de paranoia aguda simple. Pero los hay que pueden acompañarse de alucinaciones, y un ejemplo de ese género, también muy característico en sí mismo, es lo que vamos a estudiar a continuación.

El Sr. L… tiene hoy veinticuatro años. Tiene dos primas hermanas por la rama paterna que están ingresadas como alienadas desde hace veinte años; una prima hermana de la rama materna, también alienada, lleva treinta años internada.

Nacido de padres agricultores unos meses antes de la muerte del padre, primero fue educado en la granja; después, hasta los dieciocho años estuvo en un colegio de los Jesuitas.

De inteligencia normal, ha pasado todos sus exámenes si especial esfuerzo. Tras un año de servicio militar, asiste a un curso de la Facultad de Derecho durante 1891 como mero espectador sin vocación. Empieza entonces a dar señales de una indecisión generalizada, de una profunda inestabilidad de es-

48. Se refiere a la lección 13, no incluida en nuestra selección. En dicha lección, íntegramente dedicada a las ideas de autoacusación, SÉGLAS propone que estas ideas no son propias ni exclusivas de la melancolía. En esto también se muestra original y controvertido, pues la mayoría de tratadistas las consideraban como la característica por excelencia de la melancolía, es decir, el síntoma patognomónico. A lo largo de la lección 13, SÉGLAS destaca y analiza la presencia de ideas de autoacusación en otras enfermedades, en especial la locura de duda (obsesión), la parálisis general progresiva, la confusión mental primaria, el delirio alcohólico y los estados de deterioro senil. «No basta –escribe SÉGLAS–, para hacer un diagnóstico, con indicar la variedad del delirio; es necesario tener en cuenta la evolución de la enfermedad, el conjunto de los síntomas, de sus relaciones recíprocas y, sin darse por satisfecho con anotar tales o cuales ideas delirantes, es preciso esforzarse en reconocer el ellas los caracteres intrínsecos, psicológicos o clínicos, más particulares en tales o cuales circunstancias» (SÉGLAS, J.: *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894)*, París, Asselin y Houzeau, 1895, p. 350).

píritu. Aburrido de los estudios, parte bruscamente hacia Nueva York, con la vaga finalidad de labrarse una posición. Permanece allí dos años, en el curso de los cuales sólo viene una vez a Francia. Durante todo ese tiempo lleva una vida de lo más irregular, desempeñando toda clase de oficios rarísimos, viéndose obligado frecuentemente, por su propia imprevisión, a aceptar condiciones de trabajo muy duras para ganarse la vida. Al mismo tiempo, frecuentaba las reuniones de sociedades filantrópicas, algunas de ellas de teorías socialistas que le causaron una gran impresión. Hacia el final de su segunda estancia, en junio de 1893, se volvió cada vez más raro, inquieto, desconfiado, pero sin presentar episodios delirantes evidentes; hasta que en septiembre partió alocadamente hacia Montreal, persuadido de que desde unos días antes una banda de negros le perseguía por todas partes para lincharle. Después de permanecer en Montreal cinco horas solamente, se volvió enseguida, arrastrando por todas partes y siempre en pos de él a su banda de perseguidores.

Según lo que cuenta hoy, tenía entonces interpretaciones delirantes y alucinaciones auditivas extremadamente numerosas; veía enemigos en todas las personas con que se topaba, se confabulaban a su paso; el menor gesto, la menor palabra, eran para él materia de interpretaciones erróneas. Al mismo tiempo, oía claramente y sin cesar numerosas voces que le injuriaban y le amenazaban, acompañándole por todas partes, incluso en el tren que le llevó a Montreal. Al principio, le pareció extraordinario eso de ser perseguido de tal modo por voces hasta cuando estaba a solas; pero tuvo que rendirse a la evidencia, porque no dejaba de oírlas. A causa de eso, dice, estaba como enloquecido, persuadido de que querían lincharle porque no se había atenido a los preceptos de las sociedades filantrópicas que frecuentaba.

Pudo ser traído a Francia, donde pasó dos meses con su familia, mucho más calmado aunque siempre alucinado y perseguido por su banda de negros.

Al cabo de ese tiempo, los síntomas delirantes se volvieron de nuevo más intensos; siempre perseguido por los negros, el enfermo tenía alucinaciones visuales muy claras, y también auditivas. Le llamaban criminal, le amenazaban de muerte. Exasperado por las voces y considerando que el hecho de no haberse entregado a la observación rigurosa de los preceptos de las sociedades filantrópicas no merecía semejante castigo, pensó, para justificarlo en cierto modo, en matar a un personaje político muy conocido, elegido entre los que no le resultaban simpáticos y a los que consideraba perjudiciales para los intereses de su país. En ese momento aparecieron también otras ideas delirantes, con accesos de humildad religiosa y planes de reforma social. Quería que todos los hombres fuesen iguales; los ricos beberían humillarse, entregar sus bienes a los pobres y tratarlos como hermanos. Predicando con el ejemplo, quiso dar

sus ropas como limosna, y fue entonces, en diciembre, cuando fue detenido en la vía pública, descalzo, dando un discurso sobre sus teorías.

Después del ingreso, ese estado de exaltación continuó, acompañándose siempre de ideas religiosas muy exaltadas [*sic*], con grandes accesos de humildad y arrepentimiento, y de ideas de persecución con alucinaciones visuales frecuentes y sobre todo auditivas.

Al cabo de algunas semanas las ideas de persecución y las alucinaciones desaparecieron por completo, cediendo el lugar a otro tipo de ideas. L… predica sin cesar sobre la humildad y el arrepentimiento, quiere confesarse, se felicita de haber pasado por todas las pruebas que ha sufrido; ellas le han ilustrado acerca de la realidad social y sobre la conducta que hay que mantener respecto a los demás. Pero junto a esto, manifiesta sobre todo ideas místicas de naturaleza megalómana[49]. Dice estar inspirado, en comunicación directa con Dios, sin que haya sin embargo alucinaciones claras; cree tener unas ideas superiores, lo que le llena de orgullo; profesa un socialismo extravagante, convencido de ser su pontífice reformador, e interviene a cada instante para poner sus ideas en práctica, contradiciendo sin cesar sus teorías con sus actos, y reclamando su libertad para poner sus ideas en práctica.

En marzo se calma bastante; empieza a darse cuenta de que ha estado enfermo, dice de sí mismo que sus ideas de persecución, sus alucinaciones, eran una locura, pero no es tan fácil acordar con él la falsedad de sus ideas expansivas; sin embargo, éstas se van atenuando día a día, y todo hace suponer que no tardarán en borrarse, dejando al enfermo por otra parte con sus convicciones filantrópicas anteriores y sus rarezas de carácter.

Ya lo ven ustedes, señores: en este nuevo ejemplo encontramos los mismos hechos fundamentales que constatábamos en el precedente: nada que recuerde a la confusión mental primaria, y ningún signo de confusión mental secundaria.

Por el contrario, encontramos en este joven, nacido de una familia psíquicamente tarada, pruebas de una constitución psicopática previa. Sobre ese fondo personal apareció, también de repente, un delirio primario que, tras un periodo de incubación también muy corto, se manifestó con características agudas de extrema gravedad. Las concepciones delirantes se formularon

49. *Orgueilleuse* en el original, es decir, 'orgullosas'. 'Orgulloso', 'ambicioso', son términos usados por la psicopatología francesa del XIX para referirse a las personas marcadamente seguras de sí mismas, incluso de fondo expansivo o megalómano.

como ideas de persecución y, más tarde, de grandeza, imprimiendo al delirio un carácter autofílico clarísimo; y, por otra parte, encontramos en ese delirio una suerte de exageración de las tendencias anteriores del enfermo, educado en los jesuitas, afiliado después a sociedades filantrópicas, llegando a creerse perseguido por haber violado los principios de éstas, y manifestando ideas de reforma social.

También resulta fácil ver que todas estas ideas delirantes están estrechamente sistematizadas, y son aceptadas por el enfermo sin verificación alguna, con absoluta convicción. Y esto consolidaba más aún porque tenía numerosas alucinaciones auditivas que no cesaban de confirmarle sus ideas delirantes. A propósito de esto último, hay que destacar que esas alucinaciones sólo han aparecido en el periodo agudo de la enfermedad, sobre un terreno delirante preparado en ese sentido, y revistiendo los mismos rasgos de carácter que el delirio.

Nos parece pues que en razón de estas particularidades, podemos concluir que se trata de un caso de delirio alucinatorio agudo de comienzo súbito, o, si lo prefieren ustedes, de paranoia aguda alucinatoria.

Les haré subrayar finalmente que, en este caso, las ideas de persecución del enfermo están también relacionadas con ideas de autoacusación, aunque poco acentuadas, pues creía ser perseguido, tener que ser linchado por no haberse atenido a los preceptos de algunas sociedades filantrópicas.

Espero, señores, que en vista de la claridad de los dos historiales precedentes, haya podido convencerles de que existen casos que evolucionan de forma aguda, no presentando ningún signo de confusión mental, sino recordando por el contrario los rasgos principales de la paranoia crónica. Los dos pacientes son a ese respecto suficientemente demostrativos y pueden dar una idea exacta de lo que podemos entender por paranoia aguda, simple o alucinatoria. Ambos van a ayudarnos así a comprender el caso siguiente, que es un poco más complejo.

Srta. R…, de veintiséis años de edad. Su *padre* estuvo diez años alienado y se restableció, pero recayó más tarde y murió loco.

No tenemos ningún dato acerca de la infancia de la enferma. Siempre ha sido muy orgullosa a la vez que muy escrupulosa; ella misma comunica escrúpulos religiosos desde los diez años de edad; se acuerda de haber sentido escrúpulos el día de su primera comunión porque creía haber hecho mal sus oraciones y estar por consiguiente en pecado mortal. Siempre ha tenido miedo de la condenación. Asimismo, es un poco supersticiosa. Aunque no da importancia al 13, a los viernes ni a volcar el salero, tiene preferencia

por ciertos días, por ejemplo los que están consagrados a la Virgen, a San Miguel, etc.

De inteligencia media, ha conseguido sin embargo el título de institutriz. A los dieciocho años daba lecciones para niñas en una pensión de provincias; después entró en un convento en los alrededores de París. Estuvo allí dos años, y al cabo de ese tiempo fue rechazada porque no le veían vocación. Vivió entonces en un semisótano haciendo costura; al cabo de un año, entró en una agencia que se encargaba de buscar trabajo a institutrices. Llevaba allí cinco años cuando cayó enferma. Durante ese período había ocupado numerosas plazas como institutriz, pero duraba escaso tiempo en cada una; llegó a cambiar seis veces en el mismo mes.

En los últimos tiempos, hacia finales de 1892, se ponía muy rara, parecía siempre distraída, como si se le olvidasen sus conocimientos anteriores, no cuidaba su atuendo, se ponía en un rincón y se quedaba allí rezando. En esos momentos estaba trabajando, y un día que había ido a visitar a la directora de la agencia que le había proporcionado el trabajo, le habló de matrimonio, de un pretendiente, un buen partido que se le había presentado, lo cual enseguida se supo que era completamente falso.

El 5 de febrero de 1893, la persona en cuya casa trabajaba la llevó a la agencia diciendo que no se daba cuenta de lo que hacía; parece que se le estaba insinuando al hermano de esta dama; la paciente ya no hablaba, tenía el aspecto de una auténtica retrasada mental, se movía pegada a las paredes.

[Cuando ingresó] Por la noche estuvo muy agitada, sin dormir. A la mañana siguiente, después del desayuno, pidió permiso de salida para ir a la iglesia a confesarse, cosa que ya había hecho muy pocos días antes. Tras resistirnos, acabamos concediéndole un permiso de media hora. No volvió hasta después de anochecer (anotemos a ese respecto que para entrar siempre tenía la singular costumbre de esperar a que alguien entrara o saliera, pero nunca llamaba ella al timbre para que le abrieran la puerta[50]). La llamaron, respondió sólo con un extraño grito y se dieron cuenta de que se equivocaba de puerta. La dieron de cenar, y a las preguntas que le hicieron sobre su retraso respondió, con un exceso de detalles, que se había casado ese día, que tenía un marido encantador, que había tenido que atender a los invitados, que alguien se había opuesto a su boda, y que se había ido a rezar a la Virgen para que bendijese su unión.

---

50. Tal y como Séglas redacta esto es imposible saber si la enferma ya tenía esta conducta antes de su ingreso, es decir, como síntoma de inicio, o si se manifestó sólo durante su estancia en el sanatorio, como síntoma ya más evolutivo.

Por la mañana ya no hablaba de matrimonio, pero se ponía continuamente a rezar, diciendo: «Hay que vencer las pasiones que nos dominan, no lo volveré a hacer más». En ese momento se instauraron las ideas delirantes de contenido religioso y ya no desaparecieron nunca. Decía que no podía vivir, que era pobre; era preciso que muriese para poderse ir al cielo. Quería confesarse; se acusaba de haber causado la condenación de tres sacerdotes, del cardenal, del Santo Padre, de la directora de la agencia… Se había condenado a sí misma.

Muy pronto esas ideas se acompañaron de alucinaciones continuas. «Escuche, decía, oiga usted las voces, nos llaman, hay que darse prisa». Miraba el cielo y decía que veía pájaros y personajes cuyas voces la llamaban para que fuese al cielo; así que intentó tirarse por la ventana para reunirse con ellos. También decía oír voces interiores. Se desvestía constantemente, y durante los quince días anteriores a su traslado a un hospital público estuvo todo el tiempo en camisa; corría por el establecimiento presa de un estado de agitación ansiosa, gritando que estaba condenada, que había causado la condenación universal.

Al cabo de esos quince días se decidió su traslado a un hospital; en ese momento se encerró casi todo el tiempo en un mutismo obstinado, rechazaba los alimentos, su conducta se deterioró. Se resistió cuando vinieron a trasladarla, decía que la iban a matar, se quitaba la ropa según se la iban poniendo. Le aseguraron que la llevaban al cielo y consintió en partir, diciendo «que se dejaría matar, porque hay que morir para ir al cielo». Al entrar en el hospital pareció muy sorprendida y preguntó: «¿Toda esa gente se viene al cielo con nosotros?».

Señores, no seguiremos en detalle la evolución de este acceso delirante, que ha durado en estado agudo hasta septiembre de 1893; me contentaré con indicar a ustedes los síntomas capitales, el aspecto general, las grandes fases.

La Srta. R… se creía condenada en firme: «En verdad, dice hoy, aquello no era un temor sino una convicción. Me creía culpable de haber hecho el mal y también de no poder hacer el bien suficientemente; de haber pecado por acción y omisión. Me imaginaba que estaba excomulgada, que querían matarme, enterrarme, y que me condenaría. No dormía a propósito, temía que el diablo me llevase». Un día durante la visita dijo: «Me acabo de comer tres curas, tengo un bocado que no se puede tragar». Pensaba que todo el mundo estaba condenado por su causa; no quería vestirse porque no tenía derecho a llevar puesta una camisa, ni de comer

porque había robado de todo, ni de hablar porque entonces hacía daño a los demás.

Por otro lado, tenía ideas de persecución, se creía perseguida por francmasones, por laicos, que no le hacían más que maldades y cosas miserables; querían que llegase el fin del mundo y que se perdiesen todos los que creen en la religión. Otras veces se figuraba que descendía de Santa Magdalena, que tenía parientes en el país del Sol, que había vivido desde el comienzo del mundo.

Desde el principio, las ideas delirantes estaban asociadas con alucinaciones numerosas, variadas y casi incesantes.

Oía gente voceando, ruido de cascabeles, perros que ladraban. Voces «diabólicas» le decían que se condenaría, que todo el mundo se había condenado por su culpa, los sacerdotes, las jóvenes, y eso que ella hubiese podido salvar muchas almas; oía los gritos de los condenados, el ruido de las llamas del infierno; le decían que la tierra había sido maldecida por su causa, que iría al infierno si osaba comer algo.

A veces las voces eran interiores, pero lo más frecuente es que fuesen exteriores. Venían desde fuera, de su alrededor, desde abajo o desde arriba. Las había buenas y malas, unas a su favor y otras en su contra. «Oía al cielo y al infierno».

Se figuraba que era como la maquinaria de un reloj, o como un teléfono, por eso se podían comunicar desde lejos con ella.

También tenía alucinaciones visuales muy numerosas: caras diabólicas, suplicios del infierno. A ratos veía las cosas del revés; trenes del placer que iban por el aire sobre raíles, y que creía que eran los trenes del diablo.

Sentía que una joven condenada por su culpa le tiraba del pelo, la estrangulaba, la pellizcaba, a veces se sentía congelada por entero.

El delirio y las alucinaciones tan activas conllevaron una gran confusión de ideas. Creía estar en el infierno, después del fin del mundo, en medio del caos, tan extraordinario le parecía lo que percibía a su alrededor; se figuraba que la tierra estaba patas arriba, disgregada en segmentos cúbicos, etc.

Inmersa en su creencia del fin del mundo, no sabía bien en qué época estaba; imaginaba tener cien años, incluso haber vivido toda la eternidad.

Sin embargo, reconocía bien las estaciones del año, las personas y los objetos de uso corriente.

En los primeros meses, en el momento del periodo más agudo de la enfermedad, tuvo paroxismos de agitación, de inquietud.

Asimismo, a temporadas se encerraba en un mutismo obstinado, o rechazaba la comida a consecuencia de su delirio alucinatorio. Llegamos a vernos

obligados a alimentarle por sonda. En esa época había adelgazado, su fisonomía había envejecido, la mirada era vaga, perdida en el espacio.

En octubre de 1893 la enferma ha mejorado notablemente. Relata perfectamente con toda clase de detalles los síntomas que hemos referido más arriba, e incluso ella misma los valora en su justa medida; tenía entonces la mente alterada, dice. Sin embargo, todavía tiene el miedo a condenarse, y escrúpulos de conciencia de los que no puede desprenderse, pero mucho menos que antes; «en realidad, añade, siempre he tenido la conciencia muy estricta, y jamás he podido permitirme la más mínima falta». Pero está muy satisfecha de eso y lo contempla como una cualidad. tiene asimismo interpretaciones delirantes de persecución; le adivinan el pensamiento, pues hacen alusión a hechos de su vida que jamás ha contado a nadie. Aún tiene alucinaciones auditivas bastante frecuentes y muy claras: oye los gritos de los condenados, los ruidos del infierno, cosas desagradables que dicen ex profeso para molestarla; también tiene ilusiones auditivas, pues a menudo los ruidos corrientes se transforman en palabras. Dice que es por el teléfono. Las palabras que escucha no siempre son desagradables y pueden hasta ser agradables también. Se queja con frecuencia de no poder hablar, no poder seguir el hilo de sus pensamientos, *porque tiene muchas cosas en la cabeza*. está tranquila, duerme, come, trabaja.

A fecha de hoy (febrero de 1894) los últimos restos del acceso delirante han disminuido considerablemente; la enferma ha vuelto a ser poco más o menos como era en su situación anterior, lo que no quiere decir que sea normal desde el punto de vista mental.

Siempre es extremadamente orgullosa y muy escrupulosa; en cuanto a este último aspecto, se asemeja a los pacientes que hemos estudiado bajo la denominación de obsesivos[51]. Tiene hábitos singulares a los cuales concede una importancia excesiva.

Es así que antes de atravesar una puerta gira tres veces sobre sí misma. Para vestirse, se pone y se quita la ropa varias veces, porque los vestidos podrían estar malditos y esas costumbres pueden conjurar la influencia de los enemigos, del diablo, etc. Si no se quita y se pone esas prendas, «eso la penetra hasta la sangre», está incómoda con ellas, alterada; se las quita para tranquilizarse, pero cuando se las vuelve a poner, eso vuelve a empezar, y está entonces más a disgusto que la primera vez. Cuando cose, se ve obligada a interrumpirlo

51. Lecciones 3ª, 4ª y 5ª en el original, no incluidas en nuestra selección.

cuando se le habla; cuando anda, obligada a pararse o a desandar sus pasos, por miedo a «hacer que caiga un maleficio sobre la gente». También cree que van a incendiar su casa; que hacen alusiones a asuntos suyos; *tiene miedo* de que algunos francmasones puedan ser enemigos suyos. Cree oír palabras en los silbidos de las locomotoras, en los trinos de los pájaros. «Tengo muy claro, dice, *que nada de esto es verdad*, pero no puedo quitármelo de encima. Por más que una se diga a sí misma que esto no es así, esto le domina a usted de todos modos. Antes yo sólo era escrupulosa, tenía miedo de decir mentiras, de no hacer las cosas bien. Eso era bastante menos estúpido que mis manías actuales». Y añade, como con cierta satisfacción, que la gente que no tiene conciencia no puede comprenderlo.

Señores, el diagnóstico de este caso, visto hoy en día en su conjunto, no me parece que dé lugar a grandes controversias, pero en un determinado momento de la enfermedad se hubiese podido dudar entre varias hipótesis.

Para empezar, en el momento de su traslado al hospital la enferma presentaba ideas de culpabilidad religiosa y de autoacusación bastante claras: estaba condenada, había hecho condenarse a todo el mundo. a la vez, tenía accesos de mutismo, de rechazo de los alimentos por efecto de la idea de ser una ladrona, un ser perjudicial que no podía hablar ni comer sin causar un perjuicio a los demás. Esos síntomas, que ocupaban entonces el primer plano de la escena delirante, habrían podido en un primer momento evocarnos la idea de ser un acceso de melancolía delirante, y ciertos historiales de este tipo son informados en efecto como casos de melancolía delirante. A veces, hay quienes dejan bien claro que tales casos no ofrecen el cuadro exacto de la melancolía delirante verdadera. Apelan entonces, como podría hacerse con nuestra enferma, al terreno psíquico sobre el que reposan los síntomas mentales para explicar sus variaciones, y creen salir bien librados diciendo que se trata de la melancolía de los degenerados. Por mi parte, señores, nunca me opondré lo bastante a esa manera de ver las cosas. La cuestión de la degeneración mental no tiene nada que hacer en semejante circunstancia, y si bien puede influir sobre ciertos síntomas de la melancolía cuando esta afección se presenta en un sujeto de los llamados degenerados, no va a cambiar su naturaleza íntima.

La melancolía nunca es la manifestación directa de una constitución psicopática, sino que conserva siempre, incluso en los individuos más tarados, su carácter de psiconeurosis, de enfermedad accidental.

Además, para poder afirmar su existencia no basta con constatar la presencia de uno o varios de los síntomas habituales de la melancolía; sino que es

necesario, también y sobre todo, determinar de forma precisa sus relaciones respectivas, las modificaciones psicopatológicas fundamentales que esos síntomas manifiestan al exterior, y la evolución del conjunto sintomatológico. En una palabra: hay que encontrar esa sucesión de fenómenos somáticos y psíquicos que ya vimos que constituyen el fundamento de la melancolía, y que dan al delirio [melancólico] las características generales que les expliqué[52].

Analizados de este modo, los fenómenos observados en nuestra enferma no pueden ser achacados a la melancolía, pues el examen de los síntomas de inicio de su afección muestra una evolución delirante absolutamente diferente de la de la melancolía, así como una ausencia de los síntomas cenestésicos y emocionales fundamentales de esta psiconeurosis, y en consecuencia también están ausentes los síntomas del delirio melancólico, datos que hemos reconocido como indispensables para afirmar el diagnóstico de melancolía[53].

El inicio es más rápido, el delirio se muestra casi de súbito; no es secundario a esos fenómenos que hemos estudiado y que conforman un estado de dolor moral; por el contrario, aquí los síntomas emocionales, cuando los hay, son reactivos. Consecuentemente, el delirio no tiene ya ese carácter penoso. Del mismo modo, en lugar de ser monótono y fijo, es variable en su intensidad, cambiante en cuanto a los temas, conlleva ideas delirantes polimorfas, ligadas a veces entre sí por una sistematización imperfecta.

Además, existían en esos momentos otros síntomas que no podrían corresponder al concepto de acceso melancólico delirante.

La paciente tenía numerosas alucinaciones sensoriales, lo que como mínimo es raro en la melancolía, como ya hemos visto[54]. Además, la enferma manifestaba verdaderas ideas de persecución, y sobre todo rachas de ideas de grandeza muy claras. También deseaba morir, pero porque le resultaba necesario para ir al cielo, idea delirante que sería excepcional en una melancólica perseguida por el temor de la condenación y del infierno[55].

---

52. Lecciones 10ª a 13ª del original, no incluidas en esta selección.

53. Respecto a la melancolía, en la décima lección, SÉGLAS la define como sigue: «La melancolía es una psiconeurosis, que –aparte de síntomas físicos de una gran importancia– está caracterizada psíquicamente: 1.º por la producción de un estado cenestésico de padecimiento; 2.º por modificaciones en el ejercicio de las operaciones intelectuales; 3.º por un trastorno mórbido de la sensibilidad moral que se traduce en un estado de depresión dolorosa. A estos síntomas fundamentales se les pueden unir trastornos delirantes que resultan directamente de los anteriores, siéndoles secundarios» (*Leçons cliniques*, op. cit., pp. 282 y ss.).

54. Lecciones 10ª a 13ª del original.

55. Resultaría más claro que SÉGLAS hubiese aquí apelado al concepto de 'indignidad', sentimiento típicamente melancólico que hubiese impedido a cualquier paciente de este tipo considerarse digno de ir al cielo. Ver al respecto los artículos de Jules COTARD en el volumen *Delirios melancólicos* de esta Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga.

En esa misma época había un síntoma, la confusión mental, que asociado a las ideas delirantes y a las alucinaciones podría suscitar más bien la posibilidad de otro diagnóstico, el de confusión mental primaria alucinatoria.

En efecto, aunque la enferma reconocía perfectamente las estaciones del año, las personas o los objetos de uso común, estaba sin embargo desorientada. Vivía como en un sueño, en un mundo extraordinario, se creía en el infierno, después del fin del mundo, en medio del caos; ya no tenía una noción exacta del tiempo, se figuraba tener cien años, haber vivido desde toda la eternidad.

Pero para establecer el diagnóstico tampoco aquí podemos limitarnos a anotar los síntomas; lo que importa es analizar sus relaciones respectivas[56]. Se ve de este modo que esa confusión mental se encuentra estrechamente asociada a un delirio exuberante, a numerosas alucinaciones. En lugar de ser primaria, de constituir los cimientos mismos de la alteración mediante los mecanismos que hemos estudiado, aparece de forma clarísima solamente como secundaria, resultado propio de la multiplicidad y la actividad de los síntomas delirantes y alucinatorios, que además ocupan el primer plano del cuadro clínico en vez de ser simplemente accesorios, inestables o secundarios.

Por eso cuando llegan a atenuarse vemos al tiempo desaparecer la confusión que habían provocado; mientras que en la confusión mental primaria su borramiento no habría hecho más que volver más evidente el síntoma fundamental, la obnubilación mental presidiendo su génesis.

Un detalle clínico que hay que anotar en apoyo de estas diferencias, es que la enferma, una vez convaleciente, puede relatar su delirio, mientras que los afectados de confusión primaria son incapaces de hacerlo debido a las alteraciones de la percepción y la memoria.

Es muy evidente, señores, que estos diagnósticos diferenciales sólo pueden plantearse en la fase aguda de la enfermedad. Cuando, por el contrario, la observamos en su conjunto evolutivo, el diagnóstico resulta mucho más fácil. Encontramos entonces los mismos rasgos que en los dos casos precedentes.

Así pues, lo primero que constatamos en esta joven, es una situación de inestabilidad mental previa evidente, y además hereditaria, un carácter orgulloso, tendencias religiosas, escrúpulos patológicos, el miedo constante a la condenación; más tarde, los accidentes delirantes aparecen claramente como

56. No puede hacerse con menos palabras una crítica más certera de la ausencia de reflexión psicopatológica de las actuales clasificaciones diagnóstico-estadísticas, meros listados de síntomas amontonados casi cuantitativamente como quien llena un cesto de tubérculos.

una simple exageración de las tendencias anteriores, con el mismo carácter primario que en los casos anteriores.

El delirio, a pesar de su rápido comienzo, se instala disimuladamente, sin síntomas psiconeuróticos previos; hay como un período de incubación, marcado por rarezas de conducta, ideas religiosas y de enamoramiento. Con ese preliminar, se manifiesta entonces muy rápidamente el periodo agudo con ideas religiosas predominantes formuladas como autoacusación, ansiedad puramente reactiva, ideas de persecución, de grandeza, alucinaciones, confusión secundaria, etc. A pesar del polimorfismo de las ideas delirantes, es imposible negarles aquí una cierta sistematización que, aunque imperfecta, no es por ello menos evidente.

Bajo la formulación de autoacusaciones se distingue también de forma clara un sentimiento autofílico, un expansión del yo muy evidente. Y la humildad de que hace gala esta enferma casi no es en su caso otra cosa que la máscara de un orgullo profundo. Sus temores religiosos, sus escrúpulos, son para ella las pruebas de una perfecta rectitud de conciencia que muchas personas no pueden comprender y que no llegan a alcanzar. Finalmente, la ausencia de autocontrol, de autocrítica, han sido evidentes en ella. Hoy, sin duda, relata muy bien las peripecias de su delirio, pero es que ha mejorado mucho. En el periodo de estado, al contrario, manifestaba una convicción profunda acerca de la realidad de los síntomas patológicos que sentía.

Así pues, este tercer caso manifiesta también todas las características de la paranoia aguda.

Pero, igual que los precedentes, nos ha mostrado dos particularidades importantes: primero la gran predominancia de las ideas de autoacusación de formulación melancólica. Es de resaltar que esta enferma, en la época en que simultáneamente presentaba esas ideas junto a otros síntomas de los que encontramos en la melancolía, casi no los manifestaba hacia el exterior y se encerraba voluntariamente en un mutismo obstinado. Hasta más tarde no contó sus vicisitudes delirantes ni desveló su intensidad. En eso y en los detalles de sus relatos, se aproxima singularmente a los casos descritos tan impropiamente por Baillarger bajo el nombre de *melancolía con estupor*. Ya les dije a ustedes que ese autor, sólo por esos motivos, había confundido casos muy dispares[57]. Algunos son ejemplos claros de confusión primaria alucina-

57. Según BAILLARGER, la melancolía con estupor constituye el grado más avanzado de melancolía. Este autor advierte que, en esta forma, el delirio sigue presente aunque permanece «oculto y se vuelve interno». La crítica de SÉGLAS a BAILLARGER destaca la reunión en esta variedad clínica de casos heterogéneos, tanto en la expresión clínica como en la causa que los origina.

toria; me atrevería a pensar que otros estarían muy cercanos a nuestro caso actual y podrían ser cualificados de *paranoia aguda alucinatoria*.

Espero, señores, que las consideraciones precedentes bastarán para ilustrarles sobre el valor semiológico, en circunstancias semejantes, del delirio de autoacusación, que de delirio melancólico sólo tiene la fórmula, el modo de ser puesto en palabras, pero ninguna de las características generales, necesarias e indispensables.

Sin embargo, su predominio en algunas formas de paranoia aguda da a la afección una fisonomía un poco especial y justifica, en cierto modo, las tentativas de clasificación de algunos autores, como Kraepelin, por ejemplo, quien, en el cuadro clínico de su *Wahnsinn* (Paranoia aguda), distingue más específicamente una forma depresiva, muy cercana a la melancolía, pero distinguiéndose sin embargo por el desarrollo en cierto modo fantástico del delirio, que no es una interpretación de los trastornos emocionales; además, la predisposición es mayor y esos individuos ya han presentado previamente desórdenes psíquicos.

Nuestra paciente nos proporciona así un ejemplo de aquellos casos sobre los que les hablé (p. 319)[58], en los cuales un delirio de formulación melancólica aparece de modo primario, pero que a pesar de algunos aspectos sintomáticos comunes deben ser separados de la melancolía si contemplamos el conjunto psicopatológico.

Finalmente, el segundo punto especial de esta historia clínica es la presencia de confusión mental. Espero que hayan podido ustedes captar sus mecanismos y su aspecto cuando se presenta como síntoma secundario[59]. Mucho mejor aún apreciarán ustedes las diferencias radicales que, pese a ciertas semejanzas aparentes, separan radicalmente los caso de ese tipo de los de confusión primaria alucinatoria que ahora vamos a estudiar.

He aquí un ejemplo:

El Sr. G…, de treinta y dos años de edad, pertenece a una familia en la que no he podido encontrar ningún antecedente notable, ni nada tampoco en sus antecedentes personales. La infancia fue normal, el desarrollo físico muy regular. Es un joven inteligente, muy trabajador, instruido; de carácter empecinado, taciturno, amante de la soledad; extremadamente sobrio, de

58. SÉGLAS remite aquí a la pág. 319 del original, penúltima de la lección 11ª, «El delirio en la melancolía», no incluida en esta selección.

59. Debería decir mejor *síndrome*, ya que la «confusión mental», primitiva o secundaria, es un conjunto de síntomas.

una conducta muy formal; siempre estuvo afecto de un ligero tartamudeo[60]. Desde hace dos años, se cansa mucho más de lo normal al trabajar, y en los últimos tiempos ha presentado síntomas neurasténicos; se quejaba frecuentemente de dolores de cabeza o de los ojos, de riñones, etc. Las digestiones eran lentas y se acompañaban de distensión estomacal, de eructos, de somnolencia postprandial; estreñimiento, orinas a veces muy espesas que manchan el orinal.

El 16 de junio de 1893, el Sr. G…, entonces de viaje con su padre, almuerza en casa de unos amigos. Todo iba perfectamente bien hasta ahí; pero por la tarde, *súbitamente*, se queja de notar en todas partes un olor a iris[61], de que le crean dificultades para respirar, y pretende que han echado sustancias nocivas en un vaso de vino que le hicieron beber en el almuerzo, que han querido jugarle una mala pasada, estado de agitación ansiosa muy pronunciado.

Esos síntomas persisten los días siguientes; las alucinaciones olfativas se acentúan, y también la ansiedad y el delirio; tiene miedo de que le causen la muerte, de que le envenenen, a él y a los suyos.

Enseguida, su padre le lleva a París, pero allí sus trastornos mentales se acentúan más aún. Huele a iris por todos sitios, pretende que le han envenenado, que le van a hacer morir, que le han echado el mal de ojo; menos la leche y el caldo, rechaza todos los alimentos porque encuentra que huelen a iris, olor que nota en toda la casa; por eso mismo no quiere tomar ningún medicamento. Se preocupa también por sus padres, dice que les van a envenenar como a él, les llama sin cesar y *les sigue por todas partes como haría un verdadero niño pequeño*. Pierde completamente el sueño, no se puede estar quieto, se queja de estar asfixiado. A ratos pregunta dónde está, o qué es lo que pasa, y dice que tiene las *ideas embrolladas*.

Sus palabras y sus actos son a menudo contradictorios. Así, tan pronto se queja de que su madre le ha hecho un sortilegio, como instantes después se inquieta por lo que pueda ocurrirle a ella y es incapaz de alejarse de su lado. Un día se escapa de su casa para ir a presentar una queja ante el comisario; pero por el camino cambia de dirección sin saber por qué y se va a casa de su médico, a quien pide un consomé, que éste le da y del que se toma cinco o seis tazas una detrás de otra.

---

60. Que sin embargo Séglas no parece concederle la envergadura suficiente como para reseñarlo entre los antecedentes personales.

61. Iris es un género de plantas bulbosas de la familia *Iridaceae*, con flores muy vistosas de amplia variedad de colores. Su extracto, la irona, se usa en perfumería.

Hasta el día en que le vi, estuvo más o menos en un estado idéntico. Sin embargo, las personas de su entorno insistían en que sus ideas eran cada vez menos claras, cada vez más infantiles; que tenía la expresión cada vez más extraviada, «como un imbécil»[62].

En mi primera visita, *el 21 de junio de 1893*, constato desde el principio que la *facies* es cansancio y la marcha difícil; el enfermo avanza con esfuerzo arrastrando las piernas, como una persona que estuviera agotada, casi al límite de sus fuerzas. La mirada vaga, perdida, y la fisonomía desconcertada, completamente igual que la de un individuo que se despertase sobresaltado.

Entrevistarse con él es muy difícil; apenas mantiene la atención. El Sr. G… comprende lo que se le dice, pero con dificultad; hay que repetir las preguntas e insistir para obtener de él alguna palabra. Si se me permite una expresión vulgar, no tiene pinta de estar a la conversación. Casi no habla espontáneamente; sus respuestas quedan incompletas o se terminan con un incidente completamente ajeno al principio de la frase. se ve que tiene dificultades en conjuntar sus ideas, y el tono interrogatorio de su lenguaje manifiesta bien la incertidumbre, la confusión del pensamiento. Parece tener dificultades para encontrar las palabras, y hace un verdadero abuso de «cosa», «chisme», en lugar de los términos precisos, que se le escapan. además, de un minuto al otro ha olvidado lo que se le ha preguntado o lo que acaba de decir.

Está completamente perdido: casi no puede evocar los recuerdos anteriores a su enfermedad, pero no sólo eso: tampoco sabe gran cosa de lo que ha ocurrido después de su viaje. No se acuerda de absolutamente nada de lo que ha hecho, dicho o visto los días precedentes a mi consulta; incluso los detalles del delirio no han dejado en su memoria más que huellas tan confusas como el resto de sus impresiones mentales. Dice que sin duda eso se debe a que está despierto, y que habría que dormirle para volverle lúcido…

Sin embargo, todavía conserva sus ideas de envenenamiento y sus alucinaciones olfativas, que salen a la luz aisladas o a veces incidentalmente en el curso de una contestación iniciada respecto a cualquier otro tema diferente. Me hace oler su comida, cambiar de sitio a causa del olor a iris que nota en todas partes, e incluso no me habla mirándome a la cara por miedo a enviarme olores a iris, hasta tal punto cree estar impregnado. No entra en pugna si se contradicen sus ideas, siempre vagas, poco

62. Los términos idiota, imbécil y débil mental, de uso en aquella época, se corresponderían más o menos respectivamente con la deficiencias profunda, severa y moderada de las clasificaciones actuales.

precisas; pero reaparecen al instante siguiente, e incluso desaparecen de nuevo enseguida, conservando siempre esa gran falta de fijeza como característica.

No sólo la evocación de los recuerdos del pasado –y sobre todo los recientes– le resulta muy difícil, sino que tampoco tiene ahora más que una noción muy vaga del tiempo. Igualmente, aunque dice que está en su casa, mira sin cesar todo lo que le rodea con un aire de extrañeza. Parece tener cierta conciencia de sus dificultades; pues dice en varias ocasiones que no puede pensar, juntar las ideas, que pierde memoria. Se lleva sin cesar la mano a la frente y a la nuca; se queja de dolor de cabeza, como si se la apretasen con una prensa de tornillo.

A ratos parece sentirse oprimido: «Es el iris», dice.

Está bastante tranquilo y bastante dócil salvo para comer. No prueba la comida si no se le insiste. Tampoco toma los medicamentos salvo que se los pongamos por escrito en una especie de ordenanza que consulta a cada instante.

No hay alteraciones de la sensibilidad, pero las sensaciones son percibidas muy lentamente[63]; las pupilas se mantienen normales; no hay temblor de ningún tipo; ligero tartamudeo congénito. La lengua está sucia, el estómago distendido, las digestiones son pesadas, con eructos y estreñimiento. El sueño es irregular por la noche; hay somnolencia durante el día.

El tratamiento prescrito consiste en laxantes, tintura de nuez vómica, benzonaftol, sulfonal, baños templados, leche, alimentación[64].

Ese era el estado del Sr. G… cuando le vi por primera vez. Ya era fácil hacerse una idea, si no absolutamente precisa sí al menos una opinión plausible, de sus síntomas mentales. Pero en un caso así es bueno no aventurarse desde el principio y esperar un poco antes de pronunciar un juicio definitivo. Veamos pues qué le fue ocurriendo a continuación a nuestro enfermo.

(Por larga que pueda ser una observación clínica, en lugar de un breve resumen creo preferible transcribirla en detalle según las notas tomadas día a día; de esta manera será más fácil darse cuenta exacta del cuadro clínico, de la evolución general de la afección, de las oscilaciones que haya podido

63. Entiéndase que el enfermo tarda en contestar al explorar su sensibilidad.

64. La nuez vómica se usaba como estimulante de la secreción y de la motilidad gástricas; también como estimulante del sistema nervioso, como tónico cardiaco y para aumentar la presión arterial, e incluso como afrodisíaco. El benzonaftol era un antiséptico intestinal. El sulfonal tenía acción tranquilizante e incluso hipnótica.

presentar, de las dificultades diagnósticas y de las consideraciones que al respecto han ido siendo tomadas en cuenta).

22 de junio. — Las ideas delirantes sólo se manifiestan en intervalos cada vez más distantes, con las mismas características de indecisión, de movilidad, y provocan crisis de ansiedad, también de corta duración. El Sr. G… dice entonces que se va a morir, que va a denunciar a las personas que quieren matarle para que sean castigadas, aunque confiesa no saber quiénes puedan ser.

Inversamente, está mucho más confuso que la víspera. No reconoce su casa, la habitación donde se encuentra, las personas que se le acercan. No reconoce a su padre, que está a su lado, aunque dice verle, y pretende que sólo está allí su madre. Tampoco me reconoce a mí, y declara no haberme visto nunca; no se acuerda para nada de mi visita, de nuestra conversación de ayer; incluso al hacer alusión a sus ideas de envenenamiento, al olor a iris que decía sentir, parece extrañado por completo de lo que se le dice. Tiene una grandísima dificultad para escuchar y para expresarse, hablando como un verdadero parafásico[65], abusando de «cosa» y «chisme», y no acabando sus frases, que son absolutamente incoherentes y deshilvanadas.

23 de junio. — El sueño es malo; como casi siempre, el enfermo se despierta hacia las dos de la madrugada, sobresaltado, muy ansioso; llama a su padre, cuya presencia le tranquiliza, y vuelve a dormirse.

Durante el día está bastante tranquilo, pero como mucho más desorientado que los días precedentes. Se queda inmóvil, con la vista perdida en el vacío. Hay que sacudirle para atraer su atención; mira entonces con expresión de atontamiento, dice que no veía nada, que no pensaba en nada, y da la impresión de que buscase alguna cosa o de intentar reorientarse mirando a todos lados en torno a sí. Le cuesta muchísimo captar las preguntas más simples, se las hace repetir y responde sin cesar: «¡Pero es que no entiendo nada!». Sus respuestas son cada vez más inconcretas, sus frases incorrectas, inacabadas, siempre sembradas de sus términos favoritos: «cosa», «chisme». A ratos parece tener conciencia de todo esto, pues en varias ocasiones ha dicho: «Le pido perdón por titubear…, tengo la cabeza embarullada…, he estado

65. Por parafasia se entiende un trastorno del lenguaje en el cual la palabra apropiada es reemplazada por otra menos apropiada, la cual, no obstante, conserva aún cierta relación con la palabra correcta; seguimos aquí la definición aportada por S. FREUD (*Über Aphasie*; ed. española: *La afasia*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1973).

enfermo». Está completamente desorientado; no me reconoce en absoluto; reconoce a su padre y a uno de sus tíos, pero a ambos con dudas; asimismo, no sabe bien dónde está, y necesita muchos esfuerzos para darse cuenta de que está en su propio salón.

La memoria está muy debilitada. No es capaz de contestar cuando se le pregunta por sucesos recientes, y también le resulta muy difícil hacerlo respecto a los que tuvieron lugar antes de su enfermedad. Pero algunas veces los recuerda por sí mismo, de forma automática, pues habla entonces de hechos aislados; sin embargo ya no comprende el alcance que tuvieron.

A ratos está como oprimido, respira dificultosamente, parece inquieto y dice, por ejemplo, entonces: «Pero ni yo ni mis padres somos culpables, ¿verdad?». Otras veces se sobresalta como si tuviese miedo, pero no puede decir de qué. En esos momentos, la presencia de su padre es lo único que le tranquiliza. Ya no verbaliza ideas de persecución ni habla de olor a iris, y si se alude a ello delante de él, no parece comprender qué es lo que queremos decir.

Está bastante dócil, se deja dirigir bastante bien, sobre todo por su padre, del que no consiente en separarse ni un instante.

24-25 de junio. — No hay crisis de ansiedad; no expresa ideas delirantes. Pero la confusión de ideas es cada vez mayor; no sabe dónde está, se lo pregunta sin cesar a sus padres en cuanto están junto a él. Cree que su madre ha cambiado, que esa mujer no es ella; cuando llama a su padre y éste le contesta, le mira extrañado y dice que ése no es él. Él mismo se mira a menudo en el espejo, como si se encontrase cambiado, y se palpa la cara sin cesar.

26 de junio. — Sigue cada vez más confuso y él mismo se queja a ratos de tener las ideas *embarulladas*. Hace repetir lo que se le dice, no capta el sentido; se pierde en las conversaciones más sencillas, a pesar de que hace esfuerzos evidentes por comprenderlas. «Yo antes no era así», dice. La cara siempre es de extrañeza, como preguntando. Los trastornos de la memoria siguen igual; ha olvidado todos los hechos de la enfermedad. Si se le habla de acontecimientos anteriores, busca, los reconstruye con dificultad y parcialmente, pero no todos. Se extraña de lo que se le dice al respecto, y pregunta si no se pretende «turbarle» al hablarle de todo eso.

Los movimientos son lentos y dificultosos; una vez en pie, tras repetidas exhortaciones y muchos esfuerzos, anda como un autómata, con las piernas dobladas como si fuese a desplomarse sobre el suelo.

Sigue teniendo intermitentemente crisis de angustia precordial; dice que se ahoga, se lleva la mano al pecho, mira a su alrededor con expresión extra-

viada, coge las manos a las personas cercanas como para sentirse más seguro, y dice, por ejemplo: «¡Ay, Dios mío, qué quieren de mí! ¿Qué he hecho yo? ¿He hecho algo malo? ¿He matado a alguien? Si he hecho algo malo, pido perdón». Siempre expresa esas ideas con un aire inseguro e interrogante; son ideas muy fugaces, como también lo son las crisis de angustia.

28 de junio. — Sigue en el mismo estado; confusión persistente; intermitentemente, crisis de angustia y alucinaciones auditivas.

1 de julio. — Desde hace dos días el enfermo no ha tenido crisis de angustia ni ha manifestado ideas delirantes ni alucinaciones. Pero la confusión mental sigue siendo muy acentuada. Hay que subrayar que habitualmente es mayor por la mañana, hacia el mediodía el Sr. G… no está relativamente tan inerte. sin embargo, sigue absolutamente desorientado; no tiene ninguna noción del tiempo, no sabe el año en que está, ni siquiera la estación. Hay que obligarle a mirar los árboles de la calle, sus propias ropas, para que llegue a decir dónde está, y aun así no parece muy seguro. Todas sus respuestas están impregnadas por la duda, por una profunda incertidumbre; incluso con frecuencia nos interroga, pregunta qué es lo que le pasa, qué ha hecho, etc. No se da cuenta de en qué lugar está, aunque es su casa, ni de quiénes son las personas que le rodean. Mira a sus padres largo rato antes de decir si está seguro de que son ellos; no está muy seguro de estar en su casa y lo encuentra todo cambiado; se extraña de ver casas al otro lado de la ventana, de oír pasar coches por la calle. Dice que quiere volver a su casa.

Todo lo que ha pasado desde que empezó su enfermedad es para él como si no hubiese ocurrido. Parece perdido en cualquier sitio donde esté, no puede estar un momento solo y llama constantemente a sus padres incluso cuando están presentes. Con ellos se comporta como un auténtico niño; no se puede separar de ellos, les sigue por todos sitios, sobre todo a su padre, que hasta debe dormir en la cama del hijo.

Se extraña constantemente de lo que pasa a su alrededor. «Qué raro», se le oye repetir con frecuencia.

Algunos momentos está más lúcido y parece darse cuenta de que no se halla en su estado normal. Ante diversas preguntas responde que no tiene memoria, que tiene las ideas confusas, que a veces le duele un poco la cabeza cuando intenta acordarse; «es como un peso sobre los ojos, sobre la frente, me oprime las sienes»; tiene las piernas muy cansadas; de hecho, las arrastra penosamente y no puede estar de pie más de unos pocos minutos; ahora está muy encorvado. Pero lo que sobre todo le hace sufrir es tener esa confusión en las ideas (*sic*).

Todas sus respuestas, dichas siempre en tono dubitativo, inseguro, además sólo las obtenemos con muchas dificultades, insistiéndole para que mantenga la atención, no planteándole más que preguntas muy simples, que a pesar de todo hay que repetirle.

Cuando se intenta guiarle anticipándole la respuesta que no es capaz de proporcionar –por ejemplo, si se le dice en qué año estamos– a menudo lo repite con tono interrogativo, se coge la cabeza con las manos como uno que no comprendiese algo muy difícil.

El estreñimiento sigue siendo pertinaz a pesar de los purgantes, el aliento fétido, la lengua blanca, el sueño irregular.

3 de julio. — El enfermo parece aún más débil física y psíquicamente. Apenas se sostiene, y si se le pone de pie, oscila y se caería si no se le sujetase. La fisonomía es extraviada, la vista perdida en el espacio. Cuando se le sacude vigorosamente y se le pregunta que en qué piensa, contesta que no pensaba nada; o bien, en lugar de la respuesta que se espera de él, lo que hace es una pregunta: «¿Qué pasa? — ¿Qué he hecho?», siempre agarrándose la cabeza como para fijar las ideas. Por otra parte, cuando se le interroga apenas se le pueden sacar unas pocas palabras: «No puedo explicar lo que tengo. — No tengo dolor de cabeza. — Pero me duele la cabeza de todos modos. — Estoy muy cansado». A infrecuentes intervalos sale de su torpor y dice espontáneamente algunas palabras, que murmura de forma monótona y confusa: «¿Qué he hecho yo? — Hay que terminar con esto; si hace falta una víctima, que me maten de una vez. — ¿Un revólver?», y algunos instantes después ya no se acuerda de lo que acaba de decir.

Reconoce a sus padres con mucha dificultad cuando se le pregunta quiénes son. Sin embargo continúa tuteándoles como antes, y son las únicas personas a las que tutea. Asimismo, cuando entro y le dos los buenos días, responde maquinalmente: «Buenos días, doctor», y al instante me pregunta quién soy, afirmando no haberme visto nunca. A menudo responde a mis preguntas: «Sí doctor», pero si enseguida le pregunto si me conoce, contesta que no. Le han cortado el pelo y eso le desorienta completamente; no se reconoce, se mira en el espejo, se palpa la cabeza y dice que no es él, que todo esto es muy raro. Al mismo tiempo, mira hacia todas partes con expresión intrigada.

Sigue estreñido y tiene retención urinaria. Come y bebe de una forma automática, sin darse la menor cuenta de lo que está haciendo. Lleva a cabo él mismo su aseo personal, pero a condición de que se le indique, y, aun así, lo hace maquinalmente.

4 de julio. — La fisonomía sigue reflejando vaguedad y extrañeza; sin embargo, el paciente está un poco menos obnubilado que la víspera. Al principio, responde bien a algunas preguntas: «que no puede definir su estado, que tiene dolor de vientre, que está muy cansado; se siente muy enfermo y pregunta cuando se curará». Pero al cabo de unos minutos su atención se fatiga, ya no comprende lo que se le dice, hace que le repita las preguntas; sus frases son incompletas o terminan con palabras incoherentes. El habla es lenta, balbuceante, entrecortada de pausas cuando le faltan las palabras y no puede entonces coordinar las ideas, estorbado también por su tartamudeo connatal; pero no hay escansión[66] ni bloqueos del habla[67].

La pupila derecha está ligeramente más dilatada que la izquierda; ambas reaccionan igualmente bien a la luz. No hay temblor en la lengua, ni en los músculos de la cara ni de los miembros. Los movimientos son lentos, vacilantes o inacabados. A penas se tiene en pie. Estreñimiento persistente; sólo orina por rebosamiento.

5 de julio. — El enfermo ha tomado esta mañana un purgante drástico[68]. Por la tarde está mucho menos obnubilado y responde mejor a las preguntas, que comprende con más facilidad. Sigue sintiendo una gran fatiga, una sensación de dolor opresivo sobre los ojos, de presión en la nuca; dice que no piensa en nada, que no se da cuenta de nada, que no puede describir lo que ocurre en su cabeza, *que ve las cosas y no las reconoce*, que no se da cuenta, que no comprende. Los movimientos siguen siendo lentos; una vez alzados, los miembros se inmovilizan un rato en la misma posición.

6 de julio. — Casi en el mismo estado que el día anterior; el Sr. G… sigue desorientado; cuando se le estimula hace esfuerzos para hablar, para intentar darse cuenta de lo que pasa; pero sólo durante un instante. Deja su pensamiento sin terminar y recae en su desorientación. «¿Dónde estoy? — ¿Qué ocurre? — No puedo llegar a describir mi estado (esta última frase parece casi una estereotipia en su caso)».

---

66. En psiquiatría y neurología, el término escansión (habla escandida o habla cantarina) designa un trastorno de la pronunciación consistente en poner el acento fonético sobre sílabas incorrectas. Es típico de la enfermedad de Parkinson avanzada.

67. En el original *accrocs*. *Accroc* significa desgarramiento, dificultad, detención, supresión. *Accroc de la parole* implica una imposibilidad para hablar, como si al enfermo le costase arrancar y se quedase después definitivamente trabado.

68. El término 'purgante' se aplicaba a aquellas sustancias de efecto rápido y enérgico, capaces de vaciar todo el intestino. 'Laxante' se reservaba para las de acción más suave.

Las pupilas, perfectamente iguales, reaccionan muy bien. Estado cataleptoide[69].

Seis sanguijuelas en las apófisis mastoides[70].

7 de julio. — Las respuestas nunca han sido claras ni fluidas. Tampoco mantiene la atención. Se sostiene de pie un poco mejor, pero se arrastra en vez de andar. Se conduce él solo por la casa, sin embargo, si se le pregunta de improviso en qué habitación se encuentra, no la reconoce y expresa de repente el deseo de volver a su casa. Apenas media hora antes de mi llegada vino a verle uno de sus amigos; le reconoció en ese momento, pero ya no recordaba después esa visita.

Se queja de estar cansado, de tener el vientre hinchado, de dolor de cabeza.

A ratos tiene de nuevo crisis de angustia y pregunta entonces si no habrá hecho algo malo.

La pupila derecha está más dilatada que la izquierda. El habla es lenta, consecuencia de la dificultad de encontrar las palabras, de reunir las ideas; ligero tartamudeo (tartamudeo congénito); pero hoy no hay escansión ni bloqueo del habla, tampoco temblores fibrilares[71].

El peso, de 88,888 kg. ocho días antes del inicio de la enfermedad, ha bajado a 85 kilogramos.

---

69. La expresión «estado cataleptoide» quiere expresar un estado semejante al del «estado cataléptico», primera fase del trance hipnótico según CHARCOT, entonces tan de moda (1ª Estado cataléptico; 2ª Estado letárgico y 3ª Estado de sonambulismo provocado). En el estado cataléptico el sujeto está inmóvil, como fascinado. Los ojos abiertos, la mirada fija; no parpadea, los ojos llegan a estar llorosos. Los miembros quedan un buen rato en la misma posición en que se le ordene. Disminuyen mucho los reflejos tendinosos. Puede haber analgesia completa o regional; se conservan la propiocepción, la vista y el oído. Ver: FÉRÉ, C.; BINET, A., *Le magnétisme animal*, París, Alcan, 1887, pp. 113-115.

70. Como es sabido, el uso terapéutico de algunas sanguijuelas (*Hirudo medicinalis*) procede de la Antigüedad. En Francia tuvo un espectacular desarrollo en el siglo XIX, impulsado por el cirujano François-Joseph-Victor BROUSSAIS (1772-1838). La hirudicultura fue un próspero negocio en la región de la Gironda. Adquirieron notoriedad las sanguijuelas de la familia BECHADE, granjeros girondinos que resolvieron el problema de su alimentación aplicándoselas a caballos. En 1854 se le dedicaban ya 5000 hectáreas en la Gironde. Las propiedades anticoagulantes, antiinflamatorias, vasodilatadoras y anestésicas de su saliva, inoculada al quedarse prendida la sanguijuela en la piel del enfermo, fueron utilizadas en diferentes terrenos de la medicina (tendinitis, artritis, dolores musculares, hemorroides, varices, flebitis, hipertensión, trombosis cerebral o sistémica, etc.). Aún hoy, en Francia persiste su uso en medicinas alternativas. Su aplicación a este enfermo quizá estuviese relacionada con la sospecha de una enfermedad cerebral, bien congestiva, bien tromboembólica, pero Séglas no lo clarifica en este momento de la historia clínica.

71. Temblor fino de la lengua.

8 de julio. — Agitación ansiosa; alucinaciones auditivas, ideas delirantes muy pasajeras pero reproduciéndose incesantemente en formulación interrogativa: «¿Qué es lo que he hecho? — ¿Soy culpable? — Esto tiene que terminar».

Impulsiones. — En dos ocasiones, ha querido de repente clavarse el tenedor en el cuello, y después en el vientre. Persistencia de la confusión: «¿Dónde estamos?», etc. La pupila derecha está casi igual que la izquierda.

Análisis de orina (de 7 de julio), hecho por el Sr. Viron, jefe de farmacia de La Salpêtrière:

Aspecto límpido, color amarillo pálido, olor *sui generis*.

Volumen en 24 horas	2.020 cc.
Reacción ácida [pH ácido]	
Densidad	1.017
Agua	964
Extracto seco	36
Materias orgánicas	27,50
Cenizas	8,50
Urea	11,52
Ácido úrico	0,22
Cloruro de sodio	5, 98
Fosfatos (PhO_5)	1,52

Ausencia de glucosa, de peptonas y de albúmina. En resumen, la orina no contiene azúcar ni albúmina, y tiene los elementos fisiológicos en proporción normal. Búsqueda de ptomaínas infructuosa, incluso analizando grandes cantidades de orina[72].

10 de julio. — Purgante drástico ayer. El enfermo está mucho más calmado, pero aún un poco inquieto; pregunta sin cesar qué es lo que le pasa. Continúa desorientado, pero un poco menos hoy. Se obtienen respuestas bastante

72. En el original (pág. 430), este análisis lleva adjunta una breve tabla que no incluimos por resultar sus datos muy confusos. En resumen, refleja una prueba entonces al uso para determinar la toxicidad de la orina del enfermo, consistente en inyectársela en vena a un conejo y observar la cantidad por kilo de peso necesaria para que muera el animal en ese mismo momento. El escueto comentario de SÉGLAS parece indicar que sospechaba una intoxicación por ptomaínas que descartó mediante esta prueba. Las tomaínas o ptomaínas son un tipo de alcaloides producidos por las bacterias responsables de la putrefacción cadavérica. Algunas tomaínas son venenosas, aunque la mayoría son inofensivas. El término tomaína se aplicaba antiguamente a todos los venenos nitrogenados, incluyendo alcaloides y toxinas. El envenenamiento por ingestión de tomaína fue una hipótesis errónea que pretendía explicar lo que más tarde resultó ser una bacteriosis.

precisas sobre los acontecimientos anteriores a la enfermedad. Purgante; baños templados cada dos días.

12 de julio. — La confusión sigue manteniéndose, pero el Sr. G… no está tan parado. Habla con más facilidad, se acuerda mejor de los hechos anteriores a su enfermedad; los otros, los más recientes, siguen estando oscuros en su recuerdo. Hace las mismas preguntas: «Quiere comprender lo que le pasa»; pregunta si ha hecho algo mal. Alucinaciones auditivas en ocasiones.

13 de julio. — Mismo estado que la víspera; recupera algo mejor los recuerdos inmediatamente anteriores a la enfermedad; hasta ese momento la noción del tiempo es bastante precisa. La atención es más fácil de mantener, el habla es más rápida y clara. Pero se siguen apreciando ideas delirantes impregnadas de una confusión manifiesta. «Hay que aclarar la cuestión; este género de vida no puede prolongarse. ¿Es culpable? ¿Por qué no sale de casa? Tiene que ir a trabajar». Vesicatorio en la nuca por la tarde.[73]

15 de julio. — Se diría que el Sr. G… se va espabilando. Se ubica bien en su casa, sabe en qué habitación está, pero encuentra raro no ir a trabajar, que se le vigile, y no quiere admitir haber estado enfermo. Se acuerda muy bien de los hechos anteriores al mes de junio, de algunas circunstancias de su viaje e incluso de los primeros días de su enfermedad. Sin embargo, todo esto le exige un esfuerzo manifiesto, como lo atestiguan las modificaciones del ritmo respiratorio, las de la coloración de la cara; por otro lado, siempre responde con el mismo tono interrogante. Todo lo que ha ocurrido desde el comienzo de sus alteraciones mentales es como si no hubiese ocurrido para él, por ejemplo, todavía no me reconoce. Dice vagamente que me habrá visto en algún sitio, pero que no sabe dónde ni cuándo, y que no puede decir quién soy, al preguntárselo yo, y eso que siempre me llama «doctor» por su

73. Los vesicatorios, vesicantes, o epispásticos, producen ampollas en la zona donde son aplicados. Procedentes de la tradición terapéutica de la Antigüedad clásica, son medicamentos que intentan causar la *revulsión de los humores* (del latín *re*, cosa, algo, y *vellere*, arrancar), acto terapéutico consistente en producir un aflujo sanguíneo en un punto más o menos alejado de un órgano enfermo, con el objeto de descongestionar este órgano. Puede obtenerse directamente (ventosa, sangría), o indirectamente mediante agentes que producen un trabajo fisiopatológico particular (en otro tiempo: cantárida y otros vesicatorios, cauterio; actualmente: aplicaciones de calor o de medicamentos irritantes, harina de mostaza, esencia de trementina, yodo, etc.). Al igual que con la aplicación de sanguijuelas de páginas atrás, SÉGLAS no hace ningún comentario, lo que parece indicar que estos procedimientos formaban parte de las rutinas terapéuticas del momento, muchas de ellas meras racionalizaciones pragmáticas de teorías de la Antigüedad clásica injertadas en el positivista siglo XIX.

propia iniciativa. Todavía se queja de estar cansado, de tener dolor de cabeza. Tiene muchas alucinaciones auditivas; parece escuchar algo, mira detrás de sí, contesta algo y pregunta acto seguido a las personas presentes como si fuesen ellas las que hubiesen hablado. Quiere saber qué quiere decir todo esto, pide sin cesar una explicación, *dice que es necesario aclararlo*.

Apenas se aprecia desigualdad pupilar.

17 de julio. — Mismo estado; pereza intelectual algo menor, pero aún es muy marcada. Comprende las preguntas con más rapidez, las respuestas son menos vacilantes; los recuerdos antiguos son más precisos, los evoca con más facilidad; pero las ideas aún son muy confusas. El Sr. G… tiene muchas alucinaciones auditivas, se encuentra rodeado de personas desconocidas, no quiere reconocer a su padre ni a su madre aunque les tutea como antes. Se mira con frecuencia en el espejo y se palpa sin cesar la piel de la cara. Sigue estreñido, se le dio ayer un purgante. Se orina en la cama desde hace tres o cuatro noches. Las pupilas son desiguales, más ancha la izquierda.

19 de julio. — Se traslada al enfermo a una casa en el campo, en los alrededores de París. Por el camino reconoce diferentes parajes por los que ya había pasado. Durante algunos días, ese cambio de residencia se sigue de una mejoría considerable en su estado mental. Responde con bastante facilidad a las preguntas, se acuerda mejor de los hechos pasados, tiene una percepción más clara de las cosas que le rodean. Ya no está ansioso ni alucinado; duerme mejor, las deposiciones son más regulares. Pero no se explica por qué está aquí, y encuentra muy raro que sus padres hayan tenido la ocurrencia de irse al campo. Él quiere volverse a su casa para trabajar; ya no tiene ideas de culpa ni de persecución; sólo persiste lo de no reconocer a su padre, al que sin embargo tutea.

A finales de julio hay una recaída; y sobre un fondo de confusión mental, que sigue existiendo, se manifiestan ideas delirantes, cambiantes e incoherentes, de culpabilidad, de persecución y, sobre todo, de transformación corporal. Continúa diciendo que la persona que pretende ser su padre no lo es en realidad, y que sólo se le parece un poco; él mismo se palpa sin cesar los brazos, las piernas y, sobre todo, el rostro y se encuentra metamorfoseado. Esta idea, ya en germen en su mente desde hace algún tiempo, como atestiguaban su costumbre de palparse la cara y de mirarse sin cesar en los espejos, se ha visto con más detalle sobre todo a partir de que le cortaran el pelo. Vuelve cada poco rato sobre esta metamorfosis; explicarse nada de lo que le sucede, quiere reemprender su trabajo, está preocupado por sus asuntos,

por los de su familia, y, pese a las explicaciones que se le dan, reinicia a cada instante sus eternas preguntas acerca de lo que pasa y sobre esas «cosas que hay que aclarar».

El 10 de agosto nos vemos obligados a internarle en una casa de salud, debido a impulsos violentos y a la absoluta imposibilidad de vigilarle. Quería matar a su padre, partirle el cráneo con una escoba, pretendiendo que era un intruso que sólo tenía con él un cierto parecido y a al que se había metido allí para espiarle. Los días anteriores había ido, acompañado por su padre, al cementerio Père-Lachaise, para informarse de si en verdad éste no estaba enterrado en el panteón familiar, y en otra ocasión a la prefectura de la policía, también con su padre, para pedir que buscasen a ese mismo padre que él decía que estaba desaparecido.

En esos momentos, tenía muchas alucinaciones auditivas y olfativas; expresaba fragmentariamente ideas incoherentes de persecución, de culpa, hipocondriacas, de metamorfosis (*sic*) suya y de sus padres, de envenenamiento, suscitándole rechazar la comida.

Baños templados largos, sulfonal.

19 de agosto. — El enfermo está un poco más calmado pero sigue alucinando, manifestando ideas delirantes con la impronta de la confusión mental que las cimienta. Pretende estar cambiado y también su familia; pretenden hacerle responsable de las faltas de los demás. No sabe quién le tiene animadversión. Dice haber sufrido graves manipulaciones que han desorganizado su cuerpo, provocadas mediante el envenenamiento del que se le ha intentado hacer víctima. El paladar se le descuelga, los dientes están soldados, la piel de la cara se le ha endurecido (se toca sin cesar la frente y las mejillas). Rechaza la comida. Me reconoce porque [recuerda que] me ha visto antes, pero no sabe en calidad de qué vengo a visitarle, aunque me llama «doctor». Se da cuenta de que ha estado enfermo, pero se ha debido a un envenenamiento; ideas delirantes expresadas ya desde el comienzo de la enfermedad. Por otra parte, no se acuerda de nana de lo ocurrido después.

4 de septiembre. — Empezó de nuevo a comer dos o tres días después de mi última visita; pero, en resumen, ha seguido en idéntico estado. Dice que se le hace responsable de los actos y gestos de otra persona, que se le secuestra para apartarle de su sitio, que sus padres han desaparecido, no sabe a consecuencia de qué maquinación. Hay que *aclara la cuestión*.

Expresa esas ideas de una forma automática, sin hacer nada a continuación; si se intenta hacerle razonar o charlar sobre asuntos indiferentes, se cansa muy deprisa, pierde el hilo, se explica con dificultad, intercalando siempre en sus frases innumerables «cosas» y «chismes». Así, enseguida su lenguaje se hace deslavazado e incomprensible.

Alucinaciones auditivas frecuentes. Risas explosivas.

15 de septiembre. — El enfermo está mucho más confundido que en mi última visita. Aunque parece reconocerme al principio, pues me saluda con las palabras «buenos días, doctor», me pregunta al momento siguiente que quién soy, que si no soy un empleado de la prefectura de policía. Se expresa con mucha dificultad, se cansa rápidamente, no se acuerda de los avatares de su enfermedad, excepto del viaje, durante el cual le envenenaron, y de su estancia en el campo, que según él tuvo la finalidad de encerrar a su madre en un establecimiento para alienados. Fue una emboscada; su padre también ha desaparecido, le ha sustituido otra persona; él mismo ha sido metamorfoseado en otro individuo para hacerle responsable en su lugar, no sabe de qué. Y entonces se palpa la cara y se mira en el espejo. Las ideas son muy cambiantes, además de incoherentes. Al principio de la conversación llega a construir aún algunas frases, aunque difícilmente, con vacilaciones; pero se fatiga muy deprisa, no puede llegar a explicarse, sólo pronuncia ya fragmentos de frases incompletas y se limita a decir que hay que *desembrollar la cuestión*.

Alucinaciones auditivas a intervalos. Es dócil y se deja dirigir fácilmente. Los menores movimientos los hace lentamente, parecen costarle un esfuerzo doloroso, y está sentado o tumbado la mayor parte del tiempo. Las pupilas, tan pronto isocóricas como anisocóricas, una u otra alternativamente más dilatada; estas variaciones se producen incluso en intervalos muy seguidos.

28 de septiembre. — Aunque sigue muy confuso e incoherente, explica un poco mejor sus ideas cuando se le hace precisar con preguntas. Se figura que su padre ha sido asesinado en el viaje, por su hermano, quien habría sobornado al alcalde del lugar para que no se hiciese la investigación policial. También habría encerrado a su madre en una casa de salud haciéndole pasar por loca; y a él le había secuestrado para hacerle desaparecer, todo esto para apropiarse de toda la herencia, y su tío se ha puesto una máscara con la cara de su padre para hacerse pasar por él. Pero hay que tener muy en cuenta que el paciente no expresa todas esas ideas con fluidez, sino a retazos, de forma deshilvanada y absolutamente incomprensible. Se diría que cuenta un sueño cuyas diferentes escenas le costase mucho reconstruir, y cuyo encadenamiento

es sólo aparente, ya que en realidad no depende más que de la dirección que le marque el interrogatorio, de la manera de plantearle las preguntas y de la sucesión de las mismas.

Muchas alucinaciones auditivas; con frecuencia se dirige a mí de repente como si yo le hubiese hablado. Risas explosivas continuas; de modo parecido, expresa sus ideas delirantes como por impulsos, repitiendo sin cesar la mismas frases, muy incoherentes, hablando de la banda que le persigue, haciendo así alusión al celador encargado de su vigilancia, diciendo que necesita salir para hacer una investigación oficial, construyendo interpretaciones extravagantes hasta el absurdo acerca del parecido de algunos nombres, atribuyendo ahora un valor diferente a hechos pasados hace mucho que va recordando. Esas ideas delirantes son incoherentes, incomprensibles y formuladas de modo interrogativo. Siempre tratan de *una cuestión que es preciso aclarar*.

Mantiene ese tono de interrogación tanto cuando habla de sus ideas delirantes como cuando da una respuesta sobre un tema indiferente; también persiste el modo impulsivo de terminar sus respuestas, a veces como si contestase automáticamente, otras como si temiese perder el hilo de su pensamiento si no dejara de expresarlo.

La confusión mental sigue siendo evidente, aparte de las ideas delirantes incluso. El Sr. G… no sabe muy bien dónde está, nunca se da cuenta exactamente de lo que ocurre a su alrededor, no tiene ningún recuerdo de lo ocurrido entre su viaje y su traslado al campo. Desde esos momentos, los escasos hechos que ha retenido en su memoria ya no tienen para él su verdadera significación. Hoy mismo apenas me reconoce. Me llama maquinalmente «doctor»; siempre que después le pregunto que quién soy me dice que no lo sabe, aunque recuerda haberme visto antes. Un instante después me pregunta si no soy un periodista que haya venido a entrevistarle.

Al cabo de un muy breve rato de conversación, parece cansarse, responde con menos facilidad, y hasta expresa las ideas delirantes de una forma más confusa.

Si se le deja solo, abandonado a sí mismo, está tranquilo, como perdido en un sueño.

Hidroterapia.

23 de octubre. — Mejoría notable; los movimientos siguen siendo lentos pero menos dificultosos. Ha escrito una carta breve a su madre, con facilidad y correctamente. Se expresa bastante bien aunque despacio, y todavía es frecuente que no pueda encontrar las palabras o se quede cortado en medio de las frases, dejando su pensamiento sin terminar. Me reconoce bien como su

médico, pero dice que no vine a verle hasta después de los días que pasó en el campo; a partir de esa época tiene casi recuperada la noción del tiempo. Pero no sabe nada de la enfermedad hasta ese momento; dice haber estado enfermo porque quisieron envenenarle durante su viaje por asuntos de herencias; ya no es capaz de dar los mismos detalles que daba antes, y los ha olvidado completamente. Le pusieron una máscara sobre la cara con orificios para los ojos y la boca, y por esos orificios le introducían polvos. Ahora ya no lleva la máscara, dice palpándose la cara, pero no sabe por qué. Ha sido víctima de un crimen espantoso y ha tenido muchísima suerte en escaparse. No habla ya de la muerte o desaparición de sus padres; reconoce muy bien a su padre sin encontrarle cambiado.

No tiene alucinaciones; todavía se queja de cansancio, de tener las piernas flojas, pero dice que ya no le duele la cabeza, aunque aún siente dolores en la nuca.

11 de noviembre. — El Sr. G… ha vuelto el 8 de noviembre con su familia y el retorno le ha sentado muy bien. Casi parece otro. me reconoce y me recibe muy bien, toma parte en la conversación, se queja sólo de estar fatigado, abatido e indiferente, de no tener interés por casi nada. Reconoce muy bien su casa, a sus padres, con los que habla y se pasea como antes de la enfermedad. A veces distraído aún, murmura como en sueños algunas frases sobre las metamorfosis de diferentes partes de su cuerpo; pero sólo de modo pasajero. De vez en cuando, risas explosivas.

23 de diciembre. — Ya sólo se queja de algunos síntomas neurasténicos, sobre todo de una gran debilidad en las piernas, y a veces de palpitaciones. lee los periódicos, e incluso libros de ciencias exactas. reconoce haber estado enfermo, pero dice estar restablecido ahora. Habla con fluidez, incluso inteligentemente y con elegancia, se acuerda de todo su pasado, sólo un poco de su estancia en el sanatorio y de nada completamente en cuanto al primer periodo de su enfermedad. Parece seguir creyendo que se debió a una causa extraordinaria, pero ya no manifiesta ideas de persecución. No acepta con agrado la sugerencia de que haga un viaje por el Sur, porque, dice, viajando es cuando cayó enfermo, y los viajes apenas le sientan bien.

6 de enero. — Facies excelente; fisonomía animada, aseo personal, atuendo y conversación perfectos y sin fatigarse. Lee, se entretiene y trabaja sin inconvenientes y ha retomado completamente sus antiguas costumbres. La memoria es muy buena para todo lo pasado, pero los hechos de la enfermedad están

totalmente olvidados hasta la época de su internamiento, y los de éste son muy vagos para el tiempo que duró. De igual modo, no se queja de nada en cuanto a lo físico y opina que sus piernas han recuperado la fuerza y la movilidad.

El peso, que bajó hasta los 76 kilogramos, ha remontado por encima de los 90 kg.

Señores, después de todos los detalles que acabo de exponer, sería ocioso sin duda entrar en largas consideraciones diagnósticas.

Si en ciertos momentos los trastornos pupilares y del habla, coexistiendo con el desorden de ideas, los trastornos de la memoria, las concepciones delirantes, absurdas y cambiantes, habrían podido hacer pensar en la parálisis general[74], las características de variabilidad e intermitencia de estos síntomas, la valoración semiológica precisa de la vacilación del habla, clarísimamente debida a la dificultad de síntesis mental por una parte, y a la tartamudez congénita por otra, nos hubieran hecho abandonar muy pronto ese diagnóstico, que quedaba, como al principio, circunscrito entre la confusión mental primaria y la paranoia aguda.

Desde el punto de vista psíquico, desde los inicios hasta el final de la enfermedad dos clases de síntomas han dominado el cuadro clínico: confusión mental y delirio alucinatorio. Pero no basta con que estén presentes, es necesario examinar sus orígenes y sus relaciones recíprocas.

Al principio, esos diferentes síntomas psíquicos se entremezclaron de una forma inextricable en la repentina desorganización mental. Después, muy rápidamente, la afección se instauró con su fisonomía particular.

Fue entonces la confusión mental la que apareció en primer plano, constituyendo el fundamento de la enfermedad, persistiendo durante toda su duración, y procedentes de los distintos desórdenes psicológicos que reconocimos en el origen de la confusión mental primaria y que se traducían por todos esos síntomas que bien conocen ustedes: trastornos de la conciencia, de la atención, la percepción, la memoria, los movimientos; desorientación, pérdida de la noción del tiempo y el espacio, etc.

Sobre ese fondo principal y persistente, el delirio y las alucinaciones sólo aparecieron a ratos, como manifestaciones cambiantes, transitorias o aisladas, que si bien podían contribuir a aumentar la confusión, no por eso dejaban de ser originariamente su consecuencia directa y se nos presentaban como meros síntomas de automatismo cerebral.

---

74. Se refiere a la a la *parálisis general progresiva*, de etiología sifilítica.

Tenemos así, por tanto, establecido un primer punto, y creo que ustedes captarán bien la diferencia que existe entre este caso y el precedente en cuanto a las relaciones entre el delirio alucinatorio y la confusión, secundaria en aquel caso y primaria en éste.

Sin duda, señores, y es un hecho que debo resaltar ante ustedes, hay casos, muy importantes desde el punto de vista del diagnóstico en cuestión, en los cuales una afección admisible dentro de los cuadros de la paranoia aguda comienza por un estado tumultuoso de confusión con delirio alucinatorio. Pero todos los autores están de acuerdo en reconocer que al cabo de un cierto tiempo la confusión se atenúa y el delirio persiste, y se sistematiza con las características habituales del delirio paranoico.

Es casi lo contrario de lo que ocurre en el caso actual. Tras el ruidos estado del comienzo, el delirio se borra y no aparece más que episódicamente, sin quitar relieve al síntoma fundamental, la confusión de la mente.

Por otra parte, estudiado en sí, el delirio alucinatorio de nuestro paciente se presenta con características particulares que le diferencian del delirio paranoico.

Para empezar, no se manifiesta en absoluto como una exageración de anomalías psíquicas anteriores. Sino que resulta, por un lado, como producto de las alucinaciones, y, por el otro, de las alteraciones de la percepción exterior o corporal, de las alteraciones de la memoria, etc., que determinan el fondo de confusión sobre el que se asienta. Se manifiesta así al exterior como un mero producto del automatismo cerebral, olvidado a medida que se produce, con características de variabilidad, incoherencia, interrogación, desconcierto, que no se parecen nada a la falta de crítica, la convicción absoluta y la sistematización del delirio paranoico. Aunque las ideas que reaparecen son a menudo las mismas, siguen sin tener fijeza, no se organizan en un sistema. Aunque en un cierto momento, hacia el final de la enfermedad, parecen estar más sistematizadas, no se trata más que de una apariencia de sistematización, en cierto modo guiada por las preguntas que le hacemos, pues el enfermo sigue incapaz de expresar por sí mismo sus ideas de forma coordinada y no es capaz, días después, de repetirlas con la misma lógica.

El fondo mismo de la confusión mental se opone al encadenamiento de las ideas, sean o no delirantes.

A ese respecto, señores, es muy importante hacer bien la distinción con la incoherencia que a menudo hay en los discursos de los paranoicos. La constitución psíquica particular de estos enfermos se acompaña frecuente-

mente de un fondo de debilidad intelectual que se refleja en el delirio. Sus ideas delirantes tienen cierta tendencia a la extravagancia. Aunque ligadas en el fondo entre sí, sus relaciones son a veces suficientemente vagas como para que no se capte enseguida el vínculo y sea preciso hacérselo explicar al enfermo. Aun entonces, sus razonamientos sólo están encadenados de una manera defectuosa, incluso faltando frecuentemente la lógica. además, su falta de equilibrio intelectual le hace pasar fácilmente de una idea a otra; a menudo locuaz y difuso, se pierde en un lujo de frases secundarias que hacen de su discurso algo absolutamente deslavazado, incomprensible, incoherente. Añadamos también que a veces puede servirse de un lenguaje personal, inventándose una sintaxis propia, empleando mal términos que casi no comprende a los cuales atribuye un significado particular, o incluso palabras que él mismo ha creado por completo (paralogismos y neologismos[75]).

Teniendo esto en cuenta, resulta por lo general bastante fácil distinguir la incoherencia del delirio de ciertos paranoicos de aquella otra que hay en el delirio del confuso[76].

Pero volvamos a nuestro paciente.

Les decía también hace un momento que en su delirio alucinatorio era la alucinación la que a menudo engendraba a la idea delirante. Este hecho, tan claro como es posible en el inicio, constatable además durante toda la duración de la enfermedad, no concuerda con lo que ocurre en los delirios paranoicos, en los cuales, por el contrario, la alucinación no es más que un síntoma secundario, la traducción sensorial, la representación del delirio.

También sería vano en este paciente buscar el carácter egocéntrico sobre el que tanto insisten los autores alemanes [en la paranoia]. Hay ideas de persecución, sin duda, el paciente se cree en el punto de mira de ciertas ma-

75. Se habla de *neologismos*, desde el punto de vista descriptivo, para designar no sólo las palabras de nueva creación, sino también las desfiguradas en su estructura morfológica y desnaturalizadas en su sentido ordinario, tal como pueden oírse en los discursos de los alienados. Una de las mejores contribuciones al problema puede leerse en E. MORSELLI (*Manual de semiología de las enfermedades mentales. Guía de las diagnosis de la locura para uso de los médicos (Selección)*, La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, Madrid, Ergon, 2011, p. 230 y ss.). Cuando se trata de voces completamente nuevas, o bien de palabras ya existentes a las que el trastornado confiere un sentido distinto al habitual, se habla en ocasiones de *paralogismos*. Semejante a estos últimos es el concepto de *stock words* o «palabras comodín» atribuido a KLEIST.

76. La distinción general que la tradición psicopatológica estableció ya a finales del siglo XIX entre el delirio (trastorno de las ideas) y el *delirium* (trastorno de la conciencia) puede verse en: J. Mª ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, op. cit., pp. 425-427 y 460-468.

quinaciones. Hay que resaltar, sin embargo, que esas ideas coexisten con otras muy diferentes, y también que, teniendo en cuenta la manera de originarse, sus características de variabilidad, vaguedad, incertidumbre, tales ideas no muestran para nada ese sentimiento permanente de exageración de la personalidad necesario para la producción del verdadero carácter egocéntrico.

Tengamos también en cuenta la confusión de los recuerdos, la amnesia casi total de las particularidades del acceso delirante una vez ocurrida la curación. Ya insistí lo bastante sobre esta amnesia que se da a continuación de la confusión primaria[77] como para volver a hacerlo ahora. Pero se la señalo a ustedes solamente para mostrarles el contraste que, al respecto, hay entre este enfermo y el caso inmediatamente anterior, que tras su acceso de paranoia aguda podía dar todos los detalles del delirio con precisión. Eso es lo más frecuente entre los alienados de esa clase, que se acuerden muy bien de las particularidades de su enfermedad, salvo quizá de aquellas que hubieran podido producirse durante un periodo de confusión secundaria muy intensa.

Por esas diversas razones, el Sr. G… es un buen ejemplo de confusión mental primaria alucinatoria. La presencia de síntomas concomitantes de agotamiento nervioso y las variaciones de peso confirman esta hipótesis. Espero también que en los detalles de este historial hayan podido ustedes encontrar, de paso, la confirmación de los hechos que les expuse en la descripción de la confusión primaria, relativos a los síntomas, el curso y el tratamiento de esa afección.

Señores, todos estos documentos clínicos nos permiten pronunciarnos ahora acerca de las distintas opiniones que les comenté al principio sobre las relaciones de la paranoia aguda y la confusión mental.

Para empezar, deben ustedes tener en cuenta que para incluir en el cuadro clínico de la paranoia todos los hechos agudos que estamos discutiendo no basta con anotar la presencia de síntomas de idéntico nombre: alucinaciones, ideas delirantes, incoherencia, incluso aunque estuvieran ligados entre sí por un trastorno de la actividad intelectual como hecho principal, siendo secundaria la alteración de la sensibilidad moral[78]. Esto casi sólo pude servir para distinguirlos de la melancolía y de la manía.

Por otra parte, expulsar de la paranoia, considerada como locura esencialmente sistematizada y crónica, a todos los casos que no pertenezcan ni

77. Lección 8ª del original, no incluida en esta selección.

78. Es decir, de lo afectivo o emocional.

a la melancolía ni a la manía, a causa de su comienzo agudo, de la cohesión imperfecta o nula de las ideas delirantes, de un cierto grado de confusión intelectual, y basarse en la existencia de este último síntoma, la obnubilación mayor o menor de la conciencia, opuesta a la lucidez de la paranoia crónica, para separarlos de ella y reunirlos a todos indistintamente en un mismo grupo aparte… Creemos que esto tampoco constituye un punto de apoyo suficiente para hacer tal diferenciación.

A estas dos formas de ver las cosas se puede objetar que las descripciones nosográficas no deben considerar sólo la existencia de un cierto número de síntomas, parecidos o diferentes y que, de hecho, pueden encontrarse en todas las situaciones mentales; además es preciso, en ausencia de datos anatómicos, tratar al menos de establecer una descripción analítica de los datos clínicos, así como sus relaciones intrínsecas, su génesis y su evolución.

Por lo tanto y para empezar, el síntoma que se presta a más discusiones, la confusión mental, analizado desde el punto de vista de su génesis, de sus relaciones con los otros síntomas morbosos, se muestra unas veces como el fenómeno primario, fundamental, causa de la incoherencia, origen del estado de automatismo que las alucinaciones y las ideas delirantes –con sus especiales características– ponen de manifiesto. Otras veces, por el contrario, la confusión es el resultado secundario de las alucinaciones, de la sucesión rápida y tumultuosa de las ideas.

Así aparece ya la oportunidad de aplicar una diferencia dentro de los casos agudos en litigio; esta diferencia se verá además confirmada por consideraciones de diversos órdenes que vamos a ver enseguida. A consecuencia de lo dicho, esos casos pueden ser separados en dos grupos. Pero ¿sólo se debe incluir en la paranoia uno de ellos, con exclusión del otro, o ambos a la vez a título de formas clínicas diferentes?

Para contestar a esta pregunta es cuando ineludiblemente hay que estudiar la afección en su conjunto, el agrupamiento y las relaciones de sus síntomas, su génesis, la evolución y la etiología. Para hacer tal pesquisa, creo que el mejor camino que podemos seguir es el que hemos adoptado hoy. Hay que tomar como punto de partida la paranoia crónica, cuyas características son las que mejor se conocen, las más admitidas en general; para después comprobar si los casos de evolución aguda, que son los que están por clasificar, no presentan también, sin ninguna duda ni posibilidad de refutación, esas mismas características.

Nos encontramos entonces que tales casos reproducen la paranoia crónica en forma reducida, abreviada, y por eso bien merecen la denominación

de *paranoia aguda*; opinión tanto más aceptable en cuanto que la paranoia crónica debuta a menudo mediante un estadio de paranoia aguda, o presenta episodios del mismo género durante su curso evolutivo, a modo de exacerbaciones de la enfermedad.

Así se llega a valorar mejor los casos más complejos, si su análisis revela que tienen las mismas características.

Otros por el contrario pueden así ser separados: no presentan ninguno de los rasgos de la paranoia crónica, pero responden completamente a la descripción que les expliqué de la confusión mental primaria.

Ahora, señores, tratemos de resumir sintéticamente las diferencias que separan la paranoia aguda, simple o incluso alucinatoria, de la confusión primaria alucinatoria.

En la paranoia aguda, las manifestaciones delirantes, consideradas desde el punto de vista etiológico, no son más que la simple exageración, la manifestación hacia el exterior de una constitución psíquica anormal, más o menos aparente hasta entonces. Así pues, la causa ocasional tiene muy poca importancia, y con frecuencia ni existe.

Por el contrario, en la confusión primaria, aunque la predisposición puede desempeñar cierto papel, no produce directamente, por sí misma, el estado patológico, cuya eclosión necesita la intervención de causas auxiliares más o menos acentuadas pero activas en cualquier caso. Esta afección, que se presenta especialmente a raíz de enfermedades infecciosas, de traumatismos, etc., se asienta siempre sobre un fondo de agotamiento nervioso cuyos signos son fácilmente constatables. Así pues, los síntomas mentales dependen aquí tanto del estado físico como del estado mental.

También vemos aparecer en el cuadro clínico *síntomas somáticos*, más o menos evidentes pero presentes en todos los casos, mientras que generalmente faltan en la paranoia aguda.

El inicio de la confusión mental es brusco, muy agudo, desbordante; en la paranoia aguda, al contrario, lo más frecuente suele ser que haya un periodo de incubación.

En la confusión primaria, incluso cuando el delirio persiste reproduciéndose incesantemente, no llega nunca a sistematizarse, o como mucho sólo durante un tiempo extremadamente corto. Las ideas, de formulación variable, son muy cambiantes, muy vagas, y sólo se relacionan entre sí mediante asociaciones

automáticas como las escenas de un sueño[79], sin obedecer a conexiones más o menos lógicas que les agrupen en un sistema coordinado. Igual que las ideas, los actos no son casi otra cosa que reacciones automáticas o impulsivas.

Por el contrario, en la paranoia aguda las ideas delirantes, por multiformes que sean, presentan siempre una sistematización más o menos estrecha, más o menos duradera, así como encontramos en los actos una coordinación evidente.

Por variables que sean según cada enfermo los contenidos y la fórmula del delirio, [en la paranoia aguda] éste siempre se manifiesta con la característica persistente de exageración de la personalidad, de autofilia, de egocentrismo habitual en la paranoia crónica y que se puede también encontrar aunque, como en nuestros ejemplos, haya ideas de autoacusación.

Si los hechos del mundo exterior, enfocados desde su relación con la personalidad del paciente, son objeto de interpretaciones subjetivas erróneas, eso sólo manifiesta una simple desviación del juicio, sin pérdida de la lucidez, sin alteración del grado de conciencia (salvo que haya confusión secundaria).

Por su parte, el confuso puede también en alguna ocasión manifestar autofilia (lo que es raro), pero en todo caso esto sólo lo hace de modo totalmente transitorio, pues en él los sentimientos y las ideas están sometidos a una oscilación perpetua, privando a cada síntoma de un valor diagnóstico específico (Meynert).

La característica [de la confusión] es la imposibilidad de coordinar las impresiones sensoriales, las ideas, los recuerdos, la pérdida de la noción del tiempo y del lugar, en una palabra, la obnubilación intelectual, la pérdida de la lucidez [de la conciencia]. Hay confusión, incoherencia de las manifestaciones psíquicas, mientras que en la paranoia sólo aparecen desplazadas, extravagantes, desviadas (para–noia).

Mientras que en la confusión primaria las alucinaciones se presentan aisladas de entrada y son aceptadas acto seguido por el enfermo, las alucinaciones de las que se acompaña el delirio en la paranoia aguda son más bien, como se dice a veces, de origen intelectual, es decir, que en cierto modo son el resultado de alguna idea delirante que por sí misma las dicta, y de la cual

79. Obviamente, SÉGLAS consideraba los sueños como un producto casi metabólico del «automatismo cerebral», más cercano al meteorismo del aparato digestivo que a la función de cuidadores del reposo y vía para derivar la realización de deseos inconscientes que, unos cinco años después, les otorgaría FREUD en *La interpretación de los sueños*.

las alucinaciones viene a ser como una representación sensorial. Sin duda, hay casos en que la alucinación puede presentarse en primer lugar, pero con frecuencia transcurre en esos casos cierto tiempo entre la producción del trastorno sensorial y su aceptación delirante; y además, mantiene siempre el mismo cuño «egocéntrico» señalado en el delirio.

Eventualmente, podemos ver a la confusión mental apareciendo en el cuadro clínico de la paranoia aguda; pero entonces sólo tiene la significación de síntoma secundario a la intensidad o la multiplicidad de los fenómenos delirantes y, sobre todo, alucinatorios.

En la confusión primaria, al contrario, es la confusión mental lo que constituye el trastorno esencial sobre el que se fundamenta la afección, mientras que el delirio o las alucinaciones que aparecen son síntomas inestables, secundarios.

Asimismo, en los periodos de remisión, cuando los fenómenos del automatismo cerebral desaparecen, se sigue encontrando siempre la confusión de fondo de la que proceden.

En la paranoia aguda ocurre lo contrario; cuando sobreviene un periodo de remisión de los síntomas delirantes y alucinatorios la confusión desaparece, y no se encuentran ya más que los rasgos de carácter particulares del paciente, sus tendencias personales.

Este dato de observación es importante de tener en cuenta sobre todo cuando se trata de aquellos casos, precisamente los más discutidos, en que la paranoia aguda debuta con un estado de delirio alucinatorio y de confusión de ideas muy parecido, a primera vista, al periodo que marca a veces el comienzo de la confusión primaria. Pero mientras que en ese último caso, al atenuarse los síntomas se pone en evidencia el fondo de confusión mental que les había originado, en la paranoia aguda, al contrario, una vez pasado ese periodo agudo la confusión desaparece y nos encontramos frente a un delirio de sistematización más o menos completa, que presenta las características del delirio paranoico.

Finalmente, la curación, en ocasiones muy brusca en la paranoia aguda, es siempre progresiva en la confusión primaria.

Además, mientras que una vez curado de la paranoia aguda el alienado se acuerda de la gran mayoría de los hechos sobrevenidos durante el acceso y de los detalles de su enfermedad, el confuso no se acuerda de nada, o sólo de algunos sucesos desperdigados e imprecisos. Incluso pueden persistir en él lagunas intelectuales duraderas, que hemos estudiado, como la amnesia

continua, y que no encontramos en la paranoia aguda tras la curación del acceso, no manteniéndose tras de él más que las manifestaciones del carácter de esa constitución psicopática que le había dado origen y que le había estampado sus características.

También les dije a ustedes hace poco que, a veces, tras una confusión primaria se ven persistir algunas ideas fijas que pueden llegar convertirse en el punto de partida de un delirio sistematizado crónico. Por su parte, la paranoia aguda también puede desembocar en una paranoia crónica; se trata entonces de un paso directo al estado crónico. Mientras que en el otro caso la curación incompleta de la confusión primaria deja una especie de invalidez cerebral que sirve de terreno a la evolución de la paranoia crónica. En lugar de una transformación directa es una génesis secundaria, exactamente igual a la que ocurre en los casos en que la paranoia crónica aparece en un alcohólico a continuación de un acceso de delirio alcohólico agudo.

Ya ven ustedes, señores, que entre todos estos casos que algunos autores agrupan en bloque, bien sea bajo el nombre de paranoia (*Verrücktheit* o *Wahnsinn*) aguda, o de delirios súbitos y polimorfos de los degenerados, bien sea bajo el de confusión mental (*Verwirrtheit*, *Amentia*, *hallucinatorischer Wahnsinn*), parece que realmente existen muchas diferencias. Así pues, es más racional adherirse a la última opinión, que establece una selección entre esos casos, para colocarlos según sus circunstancias dentro de una u otra categoría[80].

Estoy dispuesto a reconocer, por demás, que diferenciarlos no siempre es fácil y que, también aquí, como suele ser frecuente en psiquiatría, hay formas clínicas de transición, casos intermedios que es muy complicado clasificar.

Igualmente admitiría de buen grado que entre la paranoia aguda alucinatoria y la confusión mental primaria alucinatoria existen casos de *delirios alucinatorios* con confusión secundaria, distintos de esas dos formas mencionadas en primer lugar.

He aquí, por ejemplo, una joven enferma, de veinte años de edad, que nos trajeron el 23 de junio. A primera vista, llama la atención la *facies* absolutamente característica, denotando en ella la presencia de alucinaciones auditivas y visuales.

---

80. Se refiere a la 4ª opción que planteaba al inicio de esta lección, es decir, la defendida por MENDEL, AMADEI y TONINI, WILLE, WERNER, NEISSER, SERBSKY, SCHŒNTHAL, KORSAKOFF, CHASLIN y, con algún matiz, KRAEPELIN.

A ratos se queda con la mirada fija en un punto del espacio, otros los mueve en una dirección determinada, como si mirase los detalles de un cuadro. Al tiempo, la vivaz expresión de su mirada manifiesta miedo, terror; incluso a veces retrocede como para escapar de un peligro.

En otros momentos, parece intentar escuchar ruidos o conversaciones, inclinando la cabeza en distintas direcciones, volviéndose hacia atrás, profiriendo exclamaciones o palabras interrumpidas, a modo de respuesta a otras que ella oyese. Tan pronto sonríe como frunce el ceño o hace gestos diversos, movimientos de protesta, de inquietud, de defensa, de huída.

Sin estar agitada, hablando propiamente, está extremadamente móvil, cambia sin cesar de posición aunque sin levantarse de su silla. A veces hace gestos bruscos, sin expresión mímica determinable, que más bien parecen ser movimientos automáticos. Es absolutamente imposible hacer que fije un instante su atención ni obtener una sola respuesta.

Su marido, que la acompaña, nos informa de que en el mes de abril la joven necesitó tratamiento y cuidados a causa de unos síntomas anémicos y nerviosos, sobrevenidos desde hace algún tiempo a consecuencia de pérdidas [menstruales] abundantes. Sin embargo, no se trataba de abortos, o eso parece. Se quejaba de estar cansada, aturdida; de un vago malestar general, de dolor de cabeza en la frente o en la nuca. Comía poco, hacía muy bien las digestiones, dormía mal. Parecía como absorta, nunca estaba a lo que hacía, tenía fallos de memoria frecuentes.

Ya iba algo mejor cuando la mandaron al campo (17 de mayo) para que se restableciese del todo. Por el camino, el coche que la llevaba volcó; cuando llegó a donde estaba su familia, estaba desorientada, hablaba sola, intentaba fugarse; tenía alucinaciones visuales y auditivas y no respondía cuando se le hablaba.

Al cabo de ocho días, todos esos síntomas desaparecieron de golpe. Volvió a París y, una vez allí, se volvieron a manifestar de nuevo el 17 de junio. Después de un violento enfado suscitado por un altercado con su portero, subió a su casa y, de golpe, se puso a divagar, parecía oír voces, hablaba de su madre o llamaba a sus padres, a quienes creía muertos, etc.

Llama la atención que en ambas ocasiones la aparición de tales accesos de delirio alucinatorio se correspondió con la bajada de la regla.

Añadamos que el marido nos dice que no se le conocen a su mujer antecedentes nerviosos familiares ni personales, y que era de una absoluta sobriedad; y nuestras preguntas acerca de posibles manifestaciones histéricas anteriores sólo obtienen respuestas negativas por su parte.

El 4 de julio el estado de la paciente ya ha mejorado de forma considerable. Su aspecto sigue siendo el de una alucinada; pero está menos inquieta, menos ausente; se puede conseguir que fije unos instantes su atención y proporciones alguna respuesta.

Llegamos así a saber que tiene realmente alucinaciones visuales, en las que se le muestran toda clase de animales, asesinos, muertos, fantasmas, etc.; y alucinaciones auditivas casi continuas: ruidos singulares, voces que le acusan de toda clase de cosas. Esto le causa un miedo tan grande que se ahoga, pero no tiene tristeza. «No se atreve a hablar, ni a mirar, porque tiene miedo de haber hecho algo malo; ha soñado que había hecho algo malo en la cama…; ¿No ha hecho nada malo?... No sabe si ha hecho algo malo; son las voces quienes le acusan de eso… ¿Quizá ha sido un sueño?». Todas esas respuestas testimonian bien un notable estado de confusión del pensamiento, pero que es manifiestamente secundario a la presencia de alucinaciones numerosas y repetidas.

Por otra parte, no está desorientada, sabe el día, el año, el lugar donde está: es una casa de salud adonde se la ha ingresado para curar sus miedos; pero no se acuerda ya de cómo empezaron sus temores, si fue su marido quien la trajo aquí, ni cuándo lo hizo. Sí que recuerda bien haber tenido miedos parecidos, pesadillas, en el mes de abril. Incluso refiere haberlos tenido ya el año pasado, con visiones, pesadillas, voces que hablaban, etc., lo que el marido niega categóricamente.

El 11 de julio se ha ido calmando mucho; duerme bien por la noche, trabaja durante el día[81]. Ya no tiene alucinaciones, ni miedos, ni confusión mental.

Da detalles sobre su ataque del mes de abril, que ahora dice acertadamente que fue el primero.

Confirma la información que nos dio su marido acerca de los síntomas nerviosos que sufría y que motivaron que se fuese a vivir una temporada al campo. Nos cuenta el accidente de coche, sostiene que no perdió el conocimiento, se acuerda de los detalles del acontecimiento, y dice que siguió su camino a pie. Al llegar no pudo dormir, tenía pesadillas que continuaron después cuando ya estaba despierta. Veía perros, animales raros, muertos, que iban y

81. Probablemente se refiere a laborterapia industrial, trabajos de granja o algo semejante. Los asilos y casas de salud para alienados se regían en la Francia de la época por el Reglamento Modelo de 20 de marzo de 1857, en el que, consideraciones laborterapéuticas aparte, se estipulaba que los pacientes debían colaborar con su trabajo al sostén del establecimiento, salvo los «pensionistas», es decir, los que pagaban su estancia. Los excesos en la aplicación de esta exigencia fueron denunciados, entre otros, por FALRET padre.

venían como en una linterna mágica, dice; oía ruidos, también voces de gente que parecían lamentos. Todo eso le daba mucho miedo; se figuraba también que sus padres estaban muertos, su marido atropellado, etc.; ella se salvó, pero habría querido salir corriendo para escapar de todo eso. En cuanto a los hechos acaecidos tras su retorno a París, sus recuerdos son mucho menos precisos, tanto si se refieren a su delirio como a hechos reales.

Se acuerda bien de que veía cosas espantosas, pero no puede describirlas de una manera precisa. Recuerda haber tenido [*sic*] voces, pero es incapaz de contar ahora qué decían. Además, tampoco sabe cómo ha venido hasta aquí, ni lo sucesos que han precedido a su ingreso y marcado los primeros días de su internamiento. «Me parece, dice, como si me hubiese dormido y hubiese tenido un sueño del que no puedo acordarme».

No presenta ningún signo físico de histeria[82], ni de ningún tipo de intoxicación; asegura no haber estado nunca enferma y no conocer nada de particular en sus antecedentes familiares. Es además inteligente, de carácter amable; pide quedarse aún unos días en el sanatorio para reposar un poco, pues aún no se siente con bastantes fuerzas.

Salió de alta al cabo de dos meses sin haber presentado nada de particular y sin haber recuperado el recuerdo de los hechos del periodo agudo de la enfermedad.

Señores, en el cuadro clínico que acabo de relatarles no encontrarán ustedes ninguno de los rasgos que habíamos registrado en los historiales precedentes de paranoia aguda. Tampoco aparecen los de la confusión primaria alucinatoria.

Las complicaciones delirantes comienzan siempre bruscamente. Pero aquí es la alucinación lo que constituye muy manifiestamente el eje, el cimiento; hablando con propiedad, ni siquiera hay delirio, pues casi no se puede aplicar ese nombre a las preguntas que se plantea la enferma a propósito de las alucinaciones. Además, el estado de confusión mental no resulta de una especie de debilitamiento de las facultades mentales, sino que se presenta sobre todo como consecuencia directa de la repetición casi incesante de los síntomas alucinatorios que, por otra parte, absorben toda la atención del enfermo y le distraen del mundo exterior. Cuando esas ideas desaparecen la confusión se

82. Sobre los síntomas físicos de la histeria, ver pp. 208-238 del artículo de Joseph GRASSET «Histeria fin de siglo», en: VV. AA., *La histeria antes de Freud*, La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, Madrid, Ergon, 2011.

borra, y esta mujer vuelve de modo repentino a las condiciones normales de existencia en el medio donde se encuentra.

La amnesia consecutiva no afecta aquí a las sensaciones propias y los hechos del entorno que no podía comprender en esos momentos, sino sencillamente a cosas a las que no prestó atención, distraída como estaba por sus alucinaciones, las cuales, a su vez demasiado numerosas para poder ser comprendidas y memorizadas, se fueron presentando en su mente como un verdadero sueño, tal como ella expresa acertadamente.

Por esas características y porque algunas de las alucinaciones fueron zoópsicas, variables y terroríficas, los síntomas mentales se presentan [en esta enferma] con la fisonomía del delirio histérico o de los delirios tóxicos, aunque no pueden ser aquí puestos en conexión con ninguno de esos dos orígenes.

Su comienzo brusco durante los días de la regla, con ocasión de un traumatismo a la vez físico y psíquico, sobre un fondo adquirido de debilidad nerviosa que en cierto modo ha preparado el terreno, el carácter de automatismo que revisten las manifestaciones delirantes, a la vez de la ausencia de las características que se asigna a los estados paranoicos, todo eso parece aproximar mucho más los casos de este tipo a la confusión primaria que a la paranoia aguda. Pero de hecho, desde el punto de vista nosográfico sólo se pueden emitir ahora simples consideraciones hipotéticas. Es un asunto que hay que seguir estudiando en el futuro, y que únicamente ulteriores investigaciones podrán elucidar.

DECIMOSEXTA LECCIÓN

EL DELIRIO (IDEAS DELIRANTES) DE PERSECUCIÓN EN LA LOCURA SISTEMÁTICA (PARANOIA) PRIMARIA

SUMARIO.— Análisis de las ideas delirantes de persecución: naturaleza de las persecuciones, fecha; identificación de los persecutores, medios empleados; motivo, consecuencias de la persecución.

Elementos diagnósticos y pronósticos proporcionados por este análisis.

Modo de aparición y eslabonamiento de los diferentes elementos constitutivos del delirio en el perseguido sistemático[1].

Características generales de este delirio en oposición al delirio melancólico.

Origen primario de las ideas delirantes; inconsciencia del enfermo, ausencia de crítica y fe absoluta en las ideas. — No reflejan aquí el dolor moral; tendencia a la extensión y a la sistematización.

Orgullo, autofilia; carácter egocéntrico del delirio, convergente de irradiación centrípeta. — Se refiere sobre todo a hechos ya ocurridos. — Lucha, resistencia.

Carácter retrospectivo, metabólico, palingnóstico.

Ejemplo clínico.

Señores,

Cuando se estudia la melancolía desde el punto de vista diagnóstico, se tiene generalmente por costumbre oponerla a otra forma vesánica designada

1. Emplearemos las expresión 'perseguido sistemático' y 'perseguido sistematizador' para aludir a aquellos pacientes que han construido un delirio de persecución *bien sistematizado*. Mantenemos así la costumbre francesa de sustantivar categorías de pacientes según el síntoma principal ('alucinados auditivos', 'perseguidos posesos', etc.), pues de lo contrario complejizaríamos demasiado la redacción en castellano ('pacientes con alucinaciones auditivas', 'pacientes que han construido un delirio de persecución bien sistematizado', por ejemplo). No nos gusta 'perseguido sistematizado' pues parece sugerir cierta pasividad, como si el sistematizado fuera el sujeto, y no el trabajo delirante que él sistematiza. Por razones semejantes, hablaremos de 'locura sistemática' cuando tal expresión se refiera a la paranoia.

muy habitualmente en Francia con el nombre de *delirio de persecución*[2]. Esto procede sin ninguna duda de que antaño ambas modalidades delirantes estaban confundidas en el cuadro de la lipemanía. Pero los progresos realizados en su conocimiento a partir de los trabajos de Lasègue nos han enseñado que son bien diferentes, tanto en su evolución como en su sintomatología. Así que ese diagnóstico casi no tiene hoy en día razón de ser salvo en algunos casos muy particulares. Tengo la intención de estudiar próximamente con ustedes algunos de esos casos, que nos permitirán completar nuestro estudio del delirio melancólico y de la semiología del delirio de autoacusación[3].

Pero previamente a eso, y después de las nociones que hemos adquirido sobre el delirio melancólico y de autoacusación[4], me parece indispensable proporcionar a ustedes otro elemento diagnóstico, explicándoles muy sucintamente qué es un delirio de persecución.

Para empezar tal estudio y con el fin de evitar cualquier confusión, es necesario delimitar nuestro tema de manera muy precisa.

Antes de nada, en lo que respecta al delirio de persecución, les repetiré a ustedes lo que ya les dije que hay que aplicar al delirio de autoacusación o al de negación, y lo que también les diré para todo tipo de delirio, sea cual sea la fórmula: hipocondriaco, megalomaniaco, místico, etc.

Es un dato cierto de observación clínica que las ideas delirantes de persecución se encuentran en numerosos estados vesánicos, muy diferentes los unos de los otros. Así que su constatación pura y simple en un paciente concreto no es en absoluto patognomónica. La palabra *delirio* de persecución no puede significar por tanto, tampoco aquí, más que un conjunto de ideas delirantes con una característica particular, y eso es todo. Es un verdadero abuso de lenguaje emplearla para cualificar un grupo vesánico específico, restringido, como el que se designa habitualmente en Francia con el nombre de *delirio de persecución*, y que excluye a otros en los que también se encuentra sin embargo ideas de esa misma naturaleza[5].

---

2. Como en otras ocasiones, traducimos como 'delirio de persecución', en singular, la expresión francesa *délire des persécutions*, ya que en español no se utiliza el plural para denominar ese concepto. Por otra parte, utilizaremos indistintamente 'ideas de persecución' e 'ideas de perjuicio', que es la más empleada en castellano.

3. Ver lección 17ª, a continuación de ésta.

4. Lecciones 11ª y 13ª, no incluidas en esta selección.

5. Es decir, SÉGLAS entiende que en el delirio de persecución el término 'delirio' tiene sólo valor sindrómico, pero no el de entidad nosológica.

En el extranjero, ese delirio de persecución así entendido sólo es contemplado como una modalidad delirante, o como una etapa de una vesania[6], siendo entonces incluido en ese grupo muy general de estados psicopáticos cualificados con el nombre de *primäre Wahnsinn*, o más frecuentemente *primäre Verrücktheit*, *paranoia primaria*, o *locura sistematizada primaria*, y de los que tuve la ocasión de dar a ustedes un breve panorama en una de nuestras reuniones precedentes.

En Francia, el Dr. Magnan y sus discípulos son los únicos en no emplear ya el término *delirio de persecución*, para designar a un grupo específico de enfermos; para ellos no es más que una modalidad [clínica] o un periodo del delirio en lo que llaman la *locura de los degenerados* y el *delirio crónico de evolución sistemática y progresiva*.

Por mi parte, soy de la opinión de que en una ciencia ya de por sí tan oscura como es la psiquiatría, es del mayor interés usar solamente términos que no puedan dar lugar a ningún equívoco. Como la palabra *delirio* no puede significar sino un conjunto más o menos coherente de ideas delirantes, y, por otra parte, las ideas delirantes de persecución se encuentran en clínica en alienados de tipos bien diferentes, está fuera de duda que la expresión *delirio de persecución*, aplicándose a un grupo específico y delimitado de enfermos, debería ser tachada de la nomenclatura psiquiátrica. Si tal delirio constituye uno de los síntomas sobresalientes de la afección, si se presenta con una fisonomía especial, no es menos cierto que en todos los casos no es más que un síntoma que saca sus características particulares del propio terreno sobre el que reposa. Es simplemente una de las modalidades delirantes o un episodio de lo que llamaremos, junto con un mayoría de autores, la *locura sistematizada* o *paranoia primaria*.

Este delirio de persecución de la locura sistematizada primaria es el que vamos a abordar preferentemente en esta conferencia, con exclusión de las ideas de formulación semejante que se muestran en el curso de otras afecciones mentales.

---

6. El término 'vesania' sirvió durante siglos para nombrar la insania, el lunatismo o la locura. En el siglo XVIII William CULLEN contribuyó a fijar su ámbito semántico al limitarlo a los trastornos caracterizados por juicios erróneos y alucinaciones, es decir, a las "lesiones de la facultad de juicio sin fiebre ni coma"; con palabras más poéticas, pero coincidentes con el sentido anterior, BOISSIER De SAUVAGES lo aplicaba a las «enfermedades que nublan la razón». Fue un término del gusto de PINEL y sobre todo de HEINROTH. Cuando a mediados del XIX E. Von FEUCHTERSLEBEN acuñó el término 'psicosis', la vesania comenzó a tener los días contados. Sólo de forma excepcional se usó posteriormente y quizá fuera KAHLBAUM quien más hizo por recuperarla.

Pero incluso en este caso particular puede presentarse con variaciones en la sintomatología y en la evolución clínica. Mejor que explicar a ustedes todas estas variaciones o que estudiar más detalladamente una de ellas, para la finalidad que perseguimos en este momento creo más útil analizar sencillamente las generalidades de este delirio de persecución *en tanto que síndrome*, en la locura sistematizada primaria.

No intentaré ahora describírselo como hacen todos los tratados didácticos, siguiendo las diferentes etapas de la enfermedad, el cortejo de síntomas que la preceden, acompañan o continúan posteriormente. Un tema así necesitaría explicaciones demasiado extensas, y merecería un estudio aparte, de forma exhaustiva.

Voy a intentar solamente mostrar a ustedes cómo se puede hacer el análisis de estas ideas de persecución; espero proporcionarles también puntos de referencia para establecer las preguntas de la entrevista clínica con estos alienados, a menudo muy difícil, y así, una vez obtenidos los datos que puedan ser útiles para el diagnóstico y el pronóstico, enseñarles a sacar de ellos las respuestas que revela la presencia de ciertos síntomas, así como lo que permite pronosticar acerca de la duración posible y el porvenir de la afección.

No vamos a hacer pues nuestro estudio actual desde el punto de vista nosográfico, que abordaré en otra serie de conferencias, *sino exclusivamente desde el punto de vista del diagnóstico semiológico*[7].

Señores, para estudiar en su totalidad las ideas de persecución, creo que sería útil dividirlas en dos clases: las ideas de persecución *pasiva* y las ideas de persecución *activa*; las primeras traducen el pensamiento del enfermo que se cree blanco de persecuciones, y las segundas, por el contrario, manifiestan su intención de perseguir él a otra persona. En el primer caso, el enfermo es un perseguido; en el segundo, se convierte en persecutor.

De momento sólo nos ocuparemos de las ideas de persecución *pasiva*, tal y como aparecen constituyendo el delirio sistematizado de persecución ordinario.

El interrogatorio clínico de estos alienados es a veces muy difícil. Son a menudo desconfiados, disimulan, por lo general hablan poco y parecen medir sus palabras, a menos que una excitación pasajera no les vuelva en exceso prolijos. La forma del discurso se modifica en esas mismas circunstancias, y se reviste del acento de la convicción profunda, de la reclamación incesante, del odio, los celos y el orgullo. La construcción gramatical de las frases a veces se

7. [Nota de Séglas] J. SÉGLAS, *Journal des connaissances médicales*, octubre 1891, y *Semaine médicale*, noviembre 1890.

altera, sobre todo en los casos crónicos. Pero es en particular el examen del contenido del discurso, la formulación[8] de la persecución, lo más interesante de estudiar en profundidad.

Debo decirles en primer lugar que muy a menudo, sobre todo cuando se trata de un enfermo desconfiado y ocultador, la idea delirante incluso no llega a ser comunicada; sin embargo, hasta en esos casos hay algunas frases que deben a ustedes poner en guardia y que esconden en el fondo ideas de persecución a menudo muy características. Son frases tales como: «Lo mío es conocido, está en los periódicos. Usted sabe tan bien como yo que…», etc.

Pero supongamos que la idea de persecución sea clara y completamente formulada. Entonces el enfermo expresa la convicción de que ciertas personas actúan contra él, para perjudicarle en alguna cosa, con ayuda de variados medios, y con una finalidad más o menos determinada.

Ya ven ustedes que tal idea es bastante compleja y comporta una serie de elementos que les será preciso delimitar con precisión.

Para facilitar esta demostración, tomemos un ejemplo de una de nuestras pacientes[9].

«*El secador del mundo* y *todos los sangradores de sangre de alrededor* me han *sangrado mi pobre cuerpo* con 720 *aparatos* sangradores, que *me han* puesto muy abajo[10] [me han dejado muy débil], y con esto *herido hoy y no mañana*. ¿*Se puede atacar* así a una persona tan respetable, a un ángel de inocencia como yo he sido durante mi corta existencia en la tierra libre?».

Ya de por sí, esta única frase les da a ustedes un gran número de pistas útiles. Pero algunas de ellas son capitales, pues son, por así decir, los elementos constitutivos de la idea de persecución tomada aisladamente. Así pues, ven ustedes que la enferma:

1º– Expone el tipo de persecución que sufre (sangrado mi pobre cuerpo);

2º– Indica su fecha (me *han* sangrado);

---

8. *Formule* en el original, que equivale a 'fórmula', 'formulación', 'explicitación', 'verbalización'; este último significado es el que nos parece mejor en esta frase, aunque resulta un tanto anacrónico pues no era entonces de uso, al menos en castellano. Los psicopatólogos franceses del s. XIX empleaban también a veces la expresión *formule du délire* en el sentido de tema principal de las ideas delirantes: persecución, místico, de grandeza, etc.

9. La enferma utiliza un vocabulario muy particular y un discurso no siempre coherente y a veces presumiblemente neologístico, que trataremos de respetar en la traducción. Las cursivas están en el original.

10. La expresión del original, *m'ont mis trés bas*, literalmente 'me han puesto, echado, abajo', tanto puede significar 'me han debilitado' como 'me han difamado'.

3º– Nombra a sus perseguidores (el secador del mundo y todos los sangradores de sangre de alrededor);
4º– Describe el medio empleado (720 aparatos sangradores);
5º– Busca la razón de la persecución (¿Se puede atacar…, etc.);
6º– Valora las consecuencias (*me han* puesto muy abajo, y con esto herido hoy y no mañana).

Así pues, el análisis de una idea de persecución pasiva o de un conjunto de ellas comporta la exploración de los siguientes puntos:

1º La naturaleza de la persecución;
2º Su fecha;
3º La identificación o designación de los perseguidores;
4º Los medios empleados;
5º la razón o la finalidad de la persecución sufrida;
6º Las consecuencias, el resultado obtenido.

Estos diferentes elementos para analizar corresponden, ya lo ven ustedes, a las preguntas siguientes, que quizá les servirán de regla mnemotécnica: «¿Qué?, ¿cuándo?, ¿quién?, ¿cómo?, ¿por qué?, ¿por lo tanto?».

Esos son pues los puntos capitales de una idea de persecución completa. No hace falta decir que a menudo faltan uno o varios de esos elementos; en ese caso, en general son los últimos los que faltan: designación del medio, razón o finalidad, consecuencias. Pero esta constatación también tiene su importancia. En efecto, casi únicamente los perseguidos que ya han sistematizado su delirio, con frecuencia ya crónico, son los que pueden identificar a sus persecutores, describir su persecución, y además especificar los medios utilizados, etc. La ausencia de esos últimos elementos puede constituir una presunción a favor de una enfermedad menos avanzada en cuanto a fecha de inicio, de un delirio menos sistematizado, y en consecuencia más sujeto a remisión.

Vamos a ver, por otra parte, cómo el análisis de cada uno de estos elementos de la idea de persecución puede proporcionarnos informaciones muy útiles.

1º— Examinemos primero, señores, las diferentes maneras con que el enfermo describe la *naturaleza*, el *género* de la persecución que sufre.

A veces sólo determina de una forma muy vaga las persecuciones de que es objeto. «Me causan molestias», dice. No explica nada más al principio, y,

como señaló Lasègue, incluso parece avergonzado de detallar los hechos de que se queja. Pero aunque sean insignificantes en sí mismos, llegan a adquirir relevancia por su repetición, y es entonces más bien la cantidad que la cualidad de esas molestias lo que les da importancia a ojos del alienado. Sin embargo, por mucho que acumule pruebas y más pruebas, son tan vagas, tan pueriles como la propia acusación.

Pero el enfermo puede especificar las persecuciones que soporta con paciencia, y a menudo la forma en que las designa tiene un valor particular, en el sentido de que pone sobre la pista de otros síntomas ligados a la idea persecutoria.

A veces se expresará así: «Hacen gestos a mi paso, tal persona ha pronunciado una frase con un aire indiferente pero que iba dirigida a mí», etc. En estos y otros casos análogos la persecución está asociada en ese enfermo al fenómeno de la interpretación delirante, a consecuencia de la cual atribuye un peso especial a hechos muy corrientes, muy naturales.

Otros pacientes les dirán a ustedes: «Me persiguen personas que me dicen estupideces, palabras insultantes». A esta formulación de la idea persecutoria estaría asociada una alucinación verbal auditiva.

En otros casos, incluso les dirán: «Llegan hasta a robarme el pensamiento; todo lo que pienso, oigo que me lo repiten al oído». Es el fenómeno del eco del pensamiento, que no es en el fondo sino una alucinación verbal auditiva.

«Me hacen ver llamas, luces, cabezas de muertos», etc., dirá otro enfermo. Así pues, en este caso se habrían puesto en juego los trastornos sensoriales de la vista. Se tratará de una alucinación verbal visual si el paciente os dice: «Me hacen ver letras refulgentes, palabras en la pared».

De igual modo, bajo la fórmula del género persecución encontrarán ustedes otros síntomas sensoriales. «Me hacen sentir malos olores: a azufre, a alcantarilla, a podrido», etc. He aquí las alucinaciones olfativas.

«Envenenan mis comidas, esto tiene un gusto amargo, acre, hace que pique la lengua, me hace daño en la garganta», etc. Alucinaciones gustativas.

«Por la noche no me dejan en paz», dirán otros perseguidos, «sacuden mi cama, mueven el colchón; me hacen daño de mil maneras: pinchazos, quemaduras, hormigueos, descargas eléctricas; estoy hecho pedazos». Reconocerán ustedes fácilmente bajo estas expresiones las alucinaciones del tacto, de la sensibilidad muscular, de la sensibilidad general[11].

«Me violan por la noche, me someten a actos infames». Son entonces las alucinaciones genitales las que han entrado en escena.

---

11. Es decir, propioceptiva.

Algunos enfermos se sirven de neologismos para designar las persecuciones que sufren; dicen ser «boliqueado, embucanado»[12], etc. A veces, bajo estos neologismos se puede descubrir la presencia de los mismos síntomas sensoperceptivos que dijimos hace un momento, como en una paciente que dice estar «nitralizada»; bajo ese neologismo se esconden en este caso alteraciones de la sensibilidad táctil, sensación de quemaduras por congelación causadas por las gotas de «nitral» que sus persecutores le arrojan sobre la piel.

Asimismo, ciertas expresiones especiales: «mi parloteo, mis secretas [voces], mis hablas, mis comunicados», pueden revelar la presencia de alucinaciones verbales, por ejemplo auditivas.

Creo que las consideraciones precedentes les habrán demostrado ampliamente la importancia del análisis de la formulación que describa el tipo de persecución. Nos proporciona datos sobre la duración de la afección, pues el individuo que sólo se queja de ser molestado suele llevar enfermo menos tiempo que el que especifica bien todos los tormentos que sufre, y, con más razón, que el que se sirve de neologismos para designarlos[13]. Por otro lado, han visto ustedes que este método de análisis a menudo nos hace encontrar el rastro de otros síntomas, cuyas relaciones con el delirio dejaremos para explicarlas en otra ocasión, pero no quiero detenerme en eso en este momento.

2º— Un segundo punto, señores, señores, es la localización en el tiempo del o de los hechos de los cuales se queja el enfermo, o más sencillamente, si así lo prefieren ustedes, de la *fecha* que les asigna.

Este dato tiene una cierta importancia desde el punto de vista del diagnóstico semiológico de las ideas persecutorias. En el caso que estamos abordando en este momento, es decir, cuando se las asocia a la locura sistemática primaria, se aprecia que los enfermos, cuando se les interroga, no se quejan nunca más que de hechos ya ocurridos hace tiempo o que acaban de ser consumados. Es a veces, pero raramente, el presente, siempre el pasado y jamás el futuro, lo que se pone en cuestión en los acontecimientos de que

12. *Bouliqué*: quizá de *boule*, 'bola', que también vale en francés vulgar por 'cabeza', con derivados que aluden a 'perder la cabeza', 'estar crispado'. — *Emboucané*: quizá de *bouc*, 'chivo', expresión muy usada en francés en el sentido de 'chivo emisario', es decir, persona a la que se hace purgar las culpas de los demás.

13. Sería discutible que el neologismo indique necesariamente una mayor duración de la enfermedad como dato exploratorio registrado en un momento dado; otra cosa es que se le ponga en relación con su gravedad, por la desestructuración del lenguaje que indica, o con el pronóstico de cronificación *en el futuro*.

se quejan. Otros enfermos que también expresan ideas de persecución se centran por el contrario sobre el presente, como el alcohólico, o incluso el futuro, como el melancólico.

Ni que decir tiene que en los casos en que la idea delirante se refiera al pasado, el hecho debe ser registrado en detalle y su fecha precisada tanto como se pueda, a fin de estar en guardia sobre la posibilidad de que se trate de uno de esos delirios retrospectivos de los que a menudo he tenido ocasión de hablarles.

3º— Estudiemos ahora las distintas maneras con que los pacientes *designan a sus perseguidores*.

En ciertos casos, se quedan en la más absoluta vaguedad y se limitan a utilizar formas verbales impersonales, pasivas o simples pronombres: *se*[14], *ellos*. «Se me tiene inquina», dicen, «soy seguido por alguien en la calle», «me señalan con el dedo». Otros hacen uso de términos ya más precisos que designan una colectividad, como los francmasones, los jesuitas, la policía, los hechiceros, los duendes.

Algunos emplean un neologismo para designar a ese colectivo, y dicen ser objeto de persecución de los Bobs[15], los Vampas, los Inyectores o los *Reluquets*[16].

Los hay también que afinan más aún y acusan a una determinada persona, cuyo retrato describen, pueden darnos su nombre y resulta frecuentemente ser alguno de sus conocidos, un miembro de su familia o un personaje de la vida pública.

Si les expongo estas distinciones, señores, es porque no carecen de importancia.

Las formulaciones indefinidas denotan un delirio impreciso, todavía poco sistematizado, y pueden informar sobre la evolución de la enfermedad: el *se*

---

14. La forma impersonal se hace en francés con el pronombre *on*, correspondiente a nuestros pronombres reflexivos 'me, te, se', aunque éstos no cubren todos los significados de las formas gramaticales en que participa *on*, que van más allá de la voz pasiva y de la forma reflexiva de los verbos españoles. Así, por ejemplo, *on me attaque* se podría traducir tanto por 'se me ataca' como por 'me atacan' o 'soy atacado'.

15. *Bob*, diminutivo de Robert, es en francés una forma popular de denominar a los ingleses, y así usan también *Fritz* o 'los *fritzs*' para los alemanes y *Paco*, 'los *pacos*' para los españoles. En este y otros ejemplos no queda claro si se trata de auténticos neologismos, de simples motes o de expresiones del lenguaje vulgar, cuyo mecanismo lingüístico puede ser semejante, pero no, en absoluto, su valor semiológico.

16. *Reluquets* no existe en francés; el neologismo quizá venga de *reluquer*, 'mirar por el rabillo del ojo con interés o curiosidad'; sería algo así como los 'fisgones'. De nuevo surge la duda entre mote y neologismo.

me [*perjudica*] indefinido sería propio del comienzo, un colectivo perseguidor sugiere un periodo ya más avanzado, y la designación concreta muestra un delirio mucho más claro. El empleo de neologismos, se lo recuerdo de nuevo a ustedes, indica también una afección ya crónica.

Por otra parte, no es indiferente valorar el hecho de que un enfermo acuse a los hechiceros o los duendes que a los jesuitas o la policía. Hay en cada uno de esos casos diferencias importantes que pueden orientarnos acerca de la educación o del nivel intelectual del paciente; y en colectivos civilizados como el nuestro casi ya no se encuentran ideas de ser perseguido mediante brujerías, salvo en individuos poco instruidos o de inteligencia débil.

Finalmente, desde el punto de vista médicolegal es bueno conocer las diferencias en la identificación de los perseguidores, pues las ideas de persecución implican a menudo las correspondientes reacciones violentas; se comprende sin esfuerzo que serán tanto más fáciles de llevar a cabo, tanto más peligrosas, cuanto más crea el sujeto conocer a sus enemigos y los identifique de un modo más preciso. Así, un perseguido que acuse al Sr. A… será más de temer que el que acusase a los jesuitas, la policía o los Bobs, y con mucha mayor razón que otro que se limitase a decir: «Me persiguen». Así como este último podría aún ser dejado en libertad, si al segundo podría bastar en algunos casos con someterle a vigilancia, para el primero se impone la decisión de internarle.

4º— Es también de gran interés registrar cómo los enfermos reconocen *los medios empleados* para perjudicarles.

Unos acusan a la brujería, el satanismo o la magia; otros al magnetismo, el hipnotismo o el teléfono. Estos últimos, como acabo de decirles, son en general de una inteligencia algo superior a la de los primeros o han vivido en un medio más civilizado. Encontrarán también ustedes a alguno que utilizará neologismos, cuya importancia como indicador de cronicidad ya conocen ustedes; así, acusarán a sus perseguidores de usar «una máquina de *girotamiento*[17]», una «máquina cefálica, *ecóstica*[18]», el «*nilium*», o, como nuestra enferma, un «*corta-placas*».

Además, como vimos hace unos instantes, esas expresiones pueden poner sobre la pista de otros síntomas, tales como, por ejemplo, trastornos de la

17. *Giroitement*; no existe en francés. Podría estar relacionado con *giration*, 'giro', o con *girouette*, 'veleta'. Lo traducimos aquí por *girotamiento*, y por *veletamiento* líneas más adelante.

18. Probablemente relacionado con *écho*, 'eco', que en francés también vale por noticia o comentario que se transmite de boca en boca.

sensibilidad general, descargas eléctricas, quemaduras, debidos al empleo de la máquina eléctrica, al *veletamiento*, etc.

5º— Señores, algunos enfermos, cuando buscan *la finalidad*, *el objetivo* de la persecución que sufren, no llegan a explicársela de modo plausible. Esto siempre es así al principio, e incluso puede durar mucho tiempo en algunos casos. Pero lo más frecuente es que no tarden mucho en encontrar el por qué: es para destrozar su futuro, dañar su reputación, minar su salud, atentar contra su vida, y todo ello como venganza o por envidia. Así que nunca dejan de repetir que tales persecuciones *son inmerecidas*.

En otros casos, aunque continúen quejándose, las maquinaciones de sus enemigos parecen sin embargo justificadas por razones muy particulares. Y eso se debe a que en ese momento interviene una nueva clase de ideas delirantes: las ideas de grandeza. Los enfermos descubren entonces que eran de familia ilustre; se creen destinados a representar un papel en la Historia, son herederos de una gran fortuna. Esa es la razón de la persecución que sufren por parte de sus adversarios, que intentan despojarles de su fortuna, de sus títulos, y entorpecer el curso de su noble destino.

Pero a pesar de todo, por justificadas que puedan así parecer las miserias que se les infligen, siempre conservan el carácter de vejación inmerecida o excesiva, contra el cual los enfermos no cesan de protestar con todas sus fuerzas y por todos los medios.

Ese es el rasgo específico de la idea de persecución verdadera, típica, cualesquiera que sean las circunstancias en que se presente y especialmente en la locura sistemática primaria.

Pero toda regla tiene sus excepciones. Así que se puede uno encontrar con delirantes sistematizados que, declarándose el blanco de toda clase de persecuciones, no las ven como algo completamente inmerecido. Aquí ya no es para ellos una vejación injusta; no ocultan que han sido ellos quienes han proporcionado el pretexto de la persecución, que ahora son ellos los primeros en sufrir las consecuencias, y encuentran una razón verosímil, ya sea en una enfermedad física, ya sea en una falta de orden moral, reales o imaginarias.

La idea persecutoria se asemeja entonces a las que se observan en otros enfermos, en los melancólicos sobre todo, que aunque dicen ser perseguidos, no cesan de reconocerse culpables y ven esta persecución como un justo castigo por sus faltas. No hago más que señalar a ustedes de pasada estos hechos particulares, pues son precisamente aquellos sobre los que me propongo retomar y tratar detalladamente en nuestra próxima reunión.

6º— En cuanto a *las consecuencias*, a los resultados obtenidos por los persecutores, son muy variables.

A veces los individuos sienten que han sido deshonrados, dañados moralmente, han perdido su reputación, o que les han arruinado, todo ello a consecuencia de calumnias, de maniobras infames de sus enemigos.

Otras veces se quejan de desórdenes sufridos por sus facultades intelectuales. En la manera de expresarse a este respecto, también podemos apreciar hechos del tipo de los que ya he señalado a ustedes en varias ocasiones. Se han vuelto idiotas, dicen, todos sus pensamientos son adivinados, repetidos, transmitidos a todo el universo (eco del pensamiento por alucinación verbal auditiva). Les son arrebatados los pensamientos y se les escapan antes de que puedan expresarlos (robo del pensamiento por alucinación verbal motriz). Ya no son dueños de su pensamiento; tienen ideas que no comprenden, que no saben de dónde les vienen y que dicen en voz alta aunque no quieran hacerlo. Se sienten impulsados a realizar ciertos actos a su pesar, o se les impide llevar a cabo otros aunque bien quisieran (alucinaciones motrices e impulsiones verbales y comunes; fenómenos de bloqueo). Están dominados por un poder exterior (desdoblamiento de la personalidad). Algunos enfermos traducen esas sensaciones mediante algún neologismo, como un perseguido que resumía análogas consecuencias diciendo: «Es lo que ellos llaman hacerle estallar la gorra a uno»[19].

En otros, es sobre todo la integridad física lo que sufre el contragolpe de las maniobras malévolas. Dicen sentir todo el cuerpo conmocionado, dañados sus órganos; se encuentran paralizados, encogidos, insensibilizados, deformados, etc. Son por lo tanto ideas delirantes en relación con lo que se llama trastornos de la sensibilidad general [propioceptiva e interoceptiva].

Hay que resaltar, cualquiera que sea el encarnizamiento de sus enemigos, que los enfermos, salvo algunos casos especiales que estudiaremos más adelante, casi nunca se quejan de ver sus cualidades intelectuales aniquiladas por completo, su constitución física absolutamente destruida. Atacados sin tregua, sus órganos y sus facultades mentales parecen renacer y fortalecerse en proporción a la intensidad de los ataques, y resistirlos para volver a sufrir otros aún más dolorosos.

Esta resistencia especial se asocia muy a menudo a nuevas ideas delirantes, muy frecuentes aunque muy poco estudiadas hasta ahora. Estoy hablando de las *ideas defensivas*.

---

19. *Faire sauter la casquette à quelqu'un*. La gorra es sinónimo de la cabeza en francés vulgar.

Ya tuve la ocasión, señores, en mis conferencias de los años precedentes[20], de estudiar con ustedes detalladamente esas ideas defensivas, sea que el enfermo se pone en guardia contra sus enemigos (ideas de defensa activa), sea que exprese simplemente la convicción de que, además de gente que le persigue, hay otras personas que le protegen (ideas de defensa pasiva).

No creo muy útil volver ahora sobre esas últimas ideas delirantes, que además podrán ustedes analizar metódicamente de la misma forma que acabo de explicarles para las ideas de persecución.

Una vez llevado a cabo el análisis de la idea persecutoria con este procedimiento, debe ser completado con la exploración minuciosa de otros puntos sobre los cuales he llamado su atención, es decir, el modo de aparición de la idea, sus características clínicas de inestabilidad o fijeza, de uniformidad o multiplicidad, de claridad o confusión, de lógica o de absurdidad, de incoherencia o de sistematización, de continuidad en el tiempo o de remisión, etc., todas ellas particularidades más útiles para el diagnóstico nosográfico de los diferentes estados psicopáticos en que podemos encontrar las ideas de persecución, que para el propio diagnóstico de esas ideas.

Señores, acabamos de ver cuáles eran los diversos elementos de la idea de persecución arquetípica considerada dentro de la locura sistemática.

Si bien la manera de analizarlas que les he indicado a ustedes puede servirles de guía en las exploraciones clínicas, es importante además que estén bien informados acerca de su valor preciso.

Como han podido ustedes apreciar, ese método presupone unas relaciones lógicas entre los elementos constituyentes de la idea delirante. Pero este trabajo silogístico que han llevado a cabo en la exploración psicológica ¿se corresponde exactamente con una serie de deducciones idénticas que el alienado hubiera hecho a su vez?

Sin duda, en el examen clínico, los diferentes elementos de sus concepciones delirantes se muestran encadenados, sistematizados, con una apariencia de lógica a veces muy firme. Pero eso no quiere decir que el enfermo, para llegar hasta ahí, haya tenido por las buenas un razonamiento consciente semejante en todo al que ustedes mismos hacen partiendo del mismo punto que él para reseñar su delirio.

---

20. [Nota de Séglas] J. SÉGLAS, «Las ideas delirantes de defensa» (*Médecine moderne*, agosto y septiembre de 1891, y *Annales médico-psychologiques*, 1889).

Entre todos los aspectos de la idea persecutoria que hemos estudiado hace un momento, tomemos por ejemplo la razón o finalidad de la persecución. Con frecuencia, les dije, las persecuciones parecen justificarse por motivos muy específicos. La idea de persecución se enlaza con una idea de grandeza que la explica y justifica hasta cierto punto. ¿Cómo ha llegado el paciente a encontrar esa explicación casi lógica de las vejaciones que soporta desde hace más o menos tiempo?

Se reconoce generalmente, señores, a las ideas de grandeza varios modos de aparición. Con frecuencia se admite, por ejemplo, que pueden ser espontáneas, o también sobrevenir con ocasión de un accidente fortuito, de un sueño, de una reminiscencia, de la lectura de un periódico, etc., o incluso manifestarse bruscamente a continuación de una alucinación.

Eso es únicamente la simple constatación de lo que se puede observar en ciertos casos clínicos, pero no una explicación psicológica.

Estudiando el estado normal, el que una idea pueda desarrollarse por génesis espontánea –en el sentido estricto del término– no concuerda con los datos de la Psicología moderna. También sabemos, gracias a la Patología General, que la enfermedad no crea nada *ex novo* y no hace más que determinar modificaciones de las funciones fisiológicas. Según todo eso, la aparición espontánea de una idea de grandeza en un perseguido no es admisible, sino que supone un trabajo preparatorio más o menos oculto. Asimismo, un accidente fortuito no puede ser más que la ocasión y no la causa primaria, y a menudo se ha llamado muy acertadamente la atención sobre que las causas accidentales nada pueden hacer por sí mismas mientras que el paciente no esté maduro para las ideas de grandeza[21]; si no, los argumentos que se le puedan proporcionar no llegan a provocar su eclosión.

Por otra parte, es muy difícil comprender cómo una alucinación puede provocar directamente la aparición de una idea de grandeza en un perseguido. Porque, o bien habría que considerar la alucinación como un hecho exterior, tal y como lo piensa el enfermo; o bien, si no, sería como decir sencillamente que exterioriza ideas de grandeza porque se ha vuelto megalómano.

La alucinación, como ustedes saben, es un fenómeno puramente subjetivo. Además, en la locura sistematizada el delirio no tiene de ningún modo un origen alucinatorio; la alucinación no es más que un fenómeno contingente, secundario, la fórmula más perfecta y más completa de las convicciones del paciente, su

21. En el original, *orgueilleuses*, 'orgullosas', 'soberbias'. Como en este caso no se usa así en castellano, lo traducimos por su expresión sinónima.

traducción bajo forma sensorial. Así pues, ¿qué importancia puede tener una alucinación megalómana[22] en la génesis de las ideas de grandeza? Ninguna; no es sino la expresión de un mismo hecho psíquico. Volvemos así a la génesis espontánea de la idea de grandeza, más inexplicable que nunca sin la intervención de un trabajo preparatorio del que la alucinación es el último resultado.

Una explicación más seria es la de la deducción lógica propuesta por Foville[23]. «¿Por qué, se dirá el paciente, se encarnizan de ese modo contra mí? ¿Tendrá alguien interés en hacerme desaparecer?». Y la conclusión, muy natural, de estas premisas es que él es un personaje noble que hasta entonces había ignorado sus orígenes, el alto destino al que estaba llamado, etc.

Pero como se ha señalado, no hay muchos perseguidos, si es que hay alguno, que se pongan delante de sus ideas de persecución, las razonen, y concluyan entonces que son grandes personajes. Si se les pregunta a estos enfermos por qué son ellos perseguidos en vez de tal persona o tal otra, lo más frecuente es que respondan: «No sé nada de eso, usted lo sabe mejor que yo». Los únicos que dan una explicación son los que ya tienen ideas de grandeza, y si en ese caso aparece el silogismo, de la impresión de que sólo llegó a formularse después.

También es muy difícil admitir, dada la identificación completa del paciente con sus ideas delirantes, que éstas no sean más que el simple resultado de un razonamiento abstracto. Para determinar una convicción tan inquebrantable, tales ideas deben tener raíces mucho más profundas en la intimidad de la personalidad del individuo, depender de toda una sistematización anterior de estados afectivos, intelectuales, etc.

Bastantes observadores han señalado ya las estrechas relaciones que existen entre estos delirios y el carácter previo de los pacientes. Envidia, celos, egoísmo sombrío, vanidad, etc., son los rasgos principales de un carácter que podría resumirse en dos palabras: orgullo[24] y desconfianza. Esos dos sentimientos

---

22. En el original,'*ambitieuse*': literalmente, 'ambiciosa', y en psicopatología, 'megalómana'.

23. Probablemente Achille FOVILLE hijo (1831-1887), autor de *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, París, J.-B. Baillière, 1871.

24. Conviene tener en cuenta que el término francés *orgueil*, «*opinion très avantageuse, le plus souvent exagérée, qu'une personne a de sa valeur personnelle aux dépens de la considération due à autrui*» ('concepción ventajosa, a menudo exagerada, que una persona tiene de su valía personal a expensas de la consideración debida a los demás'), aunque fonética y gráficamente recuerde al nuestro 'orgullo', está más cercano al sentido fuerte de la palabra española 'soberbia': 'altivez y apetito desordenado de ser preferido a otros', 'satisfacción y envanecimiento por la contemplación de las propias prendas con menosprecio de los demás'. Ver respectivamente *Le petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, París. Le Robert, 1984, p. 1322, y *DRAE*, Madrid, Espasa-Calpe, 1984, 20ª ed., t. II, p. 1251.

siempre existen, quizá en grados diferentes según cada individuo o los periodos de su enfermedad, pero en todos los casos sin falta y permanentemente. Si se colocan ustedes en la perspectiva adecuada, si sus exploraciones son suficientemente precisas, siempre constatarán que estos rasgos específicos han sido característicos del paciente durante toda su vida.

Han ido acentuándose, desarrollándose con el propio individuo, induciéndole desde tiempo atrás a concebir juicios erróneos, apreciaciones mal fundamentadas sobre sí mismo, sobre su valía personal, sobre sus relaciones con las demás personas, sobre sus deberes y derechos.

Poco a poco, progresivamente, el futuro perseguido ha estado caminando así por la senda de un delirio que se manifiesta de una manera ya aparente en la edad adulta por lo general, es decir, en una época en que la sistematización de los elementos que componen la personalidad individual está ya definitivamente constituída.

Desde entonces, las ideas delirantes de persecución dominan la escena morbosa, no como un síntoma contingente, nuevo, sino como exageración manifiestamente patológica de tendencias anteriores anómalas. Pueden ser las únicas [ideas delirantes] que se manifiesten entonces. Sin embargo, no por ser perseguido deja el enfermo de ser un soberbio, y su orgullo originario se hace aún más patente. Creerse perseguido, considerarse el foco de la atención universal, no puede ser otra cosa más que un acto de soberbia.

Ese sentimiento de orgullo manifestado ya en el delirio de persecución, al experimentar la acción de dicho delirio saca nuevas fuerzas de esas persecuciones siempre renovadas, y crece y lleva al enfermo, mediante una especie de trabajo inconsciente, a formular ideas de grandeza como explicación del motivo de que le persigan.

¿Qué ocurre entonces con la deducción lógica de Foville? Ahí está, si así se quiere, pero en modo nada parecido a lo que creía dicho autor. Si la idea de grandeza, como explicación, procede de la idea de persecución, no es a consecuencia de un simple silogismo: es el resultado de una larga elaboración psíquica, inconsciente lo más a menudo, siempre oscura para el enfermo. Las deducciones lógicas, si es que las hace, sólo son retrospectivas; pueden encajar *a posteriori*, pero no crean nada *ex novo*.

Comprenderán así ustedes que puedan aparecer ideas de grandeza, bien sea espontáneamente, bien a consecuencia de un accidente fortuito o de una alucinación; en todas esas circunstancias aparentemente distintas, ello se explica con facilidad mediante este mismo mecanismo.

Por larga que les haya podido parecer esta digresión, espero, señores, que les haya podido resultar ilustrativa acerca del modo de eslabonarse los dife-

rentes elementos de las ideas delirantes, acerca del delirio de persecución en sí mismo, y acerca del alcance preciso del método analítico que previamente nos sirvió de guía en su exploración.

Estas últimas consideraciones van a sernos también útiles para otras cuestiones.

Acabamos de ver, señores[25], los detalles que comportaba el análisis completo de las ideas de persecución. Intentemos ahora, colocándonos en cada uno de esos distintos puntos de vista, reconocer en esas ideas típicas de perjuicio, tal y como por ejemplo las consideramos en la locura sistemática primaria, las características generales que nos sirvan a la vez para definirlas mejor y para distinguirlas de las demás.

Nuestro estudio de hoy no constituye más que los preliminares necesarios para completar la semiología del delirio de autoacusación[26] y poder distinguirlo cuando, bien sea en la melancolía o bien en la locura sistematizada primaria, se presente simultáneamente que las ideas de perjuicio o persecución. Así pues, nos iremos refiriendo sobre todo al delirio melancólico para tratar de establecer, en semejantes circunstancias, las características de estas nuevas ideas delirantes.

Enfocadas en conjunto, presentan características casi opuestas a las de las ideas delirantes melancólicas (ideas de autohumillación[27], desesperación, ruina, temores culposos, etc.), que constituían, se lo recuerdo a ustedes, un delirio secundario, penoso, monótono, fijo, con menosprecio de sí, con resignación, divergente o centrífugo, de espera ansiosa y retrospectivo[28].

Les he insistido mucho, señores, acerca del origen secundario del delirio melancólico. Ya vimos que las ideas delirantes de esa categoría, consideradas en su relaciones con los otros síntomas psíquicos, tenían siempre un origen secundario, que aparecían después de y a causa de los síntomas cenestésicos,

---

25. En este y en otros puntos del texto original, parece haber existido un intervalo de tiempo desde el párrafo anterior, como si algunas lecciones hubiesen sido dictadas en varias sesiones sucesivas.

26. Que abordará en la lección 17; ver en este volumen a continuación.

27. En el original *humilité*, que literalmente se traduciría por 'humildad', término que no siempre expresa en castellano la polisemia psicopatológica de *humilité* en francés: insignificancia, humillación, autohumillación, abatimiento, indignidad, insuficiencia, compunción, sumisión, etc. Lo traducimos en cada momento según convenga al sentido del texto.

28. En la lección 11, no incluida en esta selección. Otro desarrollo de estas características, puede verse en nuestra edición: Jules SÉGLAS, «El delirio de negación. Semiología y diagnóstico», en: J. COTARD; J. SÉGLAS, *Delirios melancólicos*, La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, Madrid, Ergon, 2008; en especial pp. 75-81.

abúlicos y emocionales que fundamentan la enfermedad, y de los cuales las ideas delirantes melancólicas venían a ser como una tentativa de explicación.

Hay otros casos en que esas ideas delirantes no dejan de seguir siendo secundarias pero proceden de síntomas psíquicos de otro orden. Mencionaré, por ejemplo, algunos delirios alucinatorios aún mal conocidos, y también los delirios tóxicos, en los cuales las alucinaciones juegan un papel predominante y proporcionan el texto del delirio, como ocurre en la intoxicación alcohólica aguda. Puede verse entonces cómo el paciente comunica ideas de perjuicio, que son sólo la resultante, la traducción secundaria de las alucinaciones.

¿Ocurre eso mismo en la locura sistemática primaria? No, en absoluto.

Aquí, por el contrario, su origen es *primario* respecto al conjunto de los desórdenes psíquicos. Aquí las ideas delirantes de perjuicio ya no son secundarias a trastornos cenestésicos, emocionales, abúlicos ni alucinatorios. Aparecen bruscamente o se instalan poco a poco, insidiosamente; cuando estallan siempre son la exageración delirante, ya verdaderamente patológica, de las tendencias anómalas congénitas del individuo, manifestación de una falta de adaptación al medio social, de una especie de percepción errónea de la humanidad.

Así pues, la mayoría de las veces el enfermo es *inconsciente* de la falsedad de sus conjeturas. Están muy relacionadas con sus ideas anteriores, son armónicas con su carácter personal, y por eso él se encuentra ya impotente para cualquier tipo de control, para toda crítica al respecto. Anota sin discusión los menores hechos que le parezcan sospechosos. Incluso aunque los juzgase fútiles en sí mismos, no por eso dejará de tenerlos muy en cuenta y los considerará un intento de molestarle. Los reconoce como ciertos, sin crítica, sin control, y además su número amplifica su cualidad. La perplejidad, las reservas o vacilaciones del enfermo no proceden de ningún modo de una confrontación de opiniones, de una duda, de una incertidumbre sobre la existencia misma de los perjuicios que le causan, sino de la ignorancia en que puede encontrase acerca de la finalidad que persigan sus enemigos. Aunque ignore su alcance, está absolutamente seguro, sin discusión posible, de que existen los hechos. Jamás hará el menor esfuerzo intelectual ni hará uso de sus conocimientos previos para controlar su delirio, frenarlo de algún modo, ni tampoco para dar a sus ideas erróneas un carácter de mayor rigor intelectual. Y así se ve a individuos inteligentes e instruidos formular, como si fuesen pruebas fehacientes, las ideas más chocantes, las manifiestamente más inverosímiles, constituyendo un delirio cuyas peripecias novelescas y dramáticas sobrepasan lo que jamás pudieron imaginar los autores de los folletines más extravagantes.

Aquí no hay nada del dolor moral con que comienza la melancolía, confiriendo luego un carácter penoso al delirio que la manifiesta. La inquietud del perseguido sistemático no es de ninguna manera un síntoma de orden emocional comparable al dolor moral del melancólico, ni que conlleve la conciencia de un cambio sufrido en su estado psíquico; es una inquietud puramente intelectual, como la de un pensador en busca de la clave de un sistema filosófico. Así que las ideas delirantes ya no reflejan la pena moral, y no representan más que las presuntas vejaciones, los perjuicios imaginarios, los ataques a sus derechos verdaderos o ficticios. Los síntomas emocionales, cuando existen, sólo aparecen aquí como reacciones provocadas por las ideas delirantes. Las alucinaciones, que se encuentran tan frecuentemente, del mismo modo no son más que síntomas secundarios, la expresión sensorial o representación del delirio.

Las ideas de persecución, lejos de ser monótonas, de girar en un círculo limitado, tienen más bien una *tendencia a extenderse*, aportando cada día ideas nuevas a la construcción de la novela patológica. Nunca repetiremos demasiado al insistir en que hay una profunda diferencia entre la letanía del delirante melancólico y la novela del perseguido sistemático, el cual encuentra sin cesar nuevos argumentos en apoyo de sus convicciones erróneas, edificando así, progresivamente, un verdadero sistema de explicaciones que arrancan desde un punto de partida falso, es cierto, pero que se van eslabonando a continuación con una cierta lógica.

En lugar del sentimiento de indignidad [*humilité*] que domina todas las ideas melancólicas, nos encontramos ahora con un sentimiento de *orgullo* inconmensurable. Lo que caracteriza al verdadero perseguido es la tendencia a considerar cualquier cosa como si estuviese relacionada con él mismo, es *la autofilia* (Ball[29]). Es ese carácter egocéntrico, como le llaman los autores alemanes, lo que lleva al individuo a enfocar sus relaciones con el mundo externo de una forma particular, de modo que todo se refiere a sí mismo, sea para mal o para bien.

En consecuencia, a diferencia del modo de irradiación divergente, centrífugo, de las ideas melancólicas[30], el de las ideas de persecución es, por

29. Benjamin BALL (1833-1893). Napolitano de nacimiento pero de padre inglés y madre suiza. Realizó toda su carrera profesional en París, primero a las órdenes de MOREAU de TOURS y más tarde de LASÈGUE. Rival de Magnan, a quien ganó la cátedra en 1877. En 1883 publicó sus *Leçons sur les maladies mentales*, cuya segunda edición, de 1890 (París, Asselin et Houzeau), supera las mil páginas.

30. Ver: J. COTARD; J. SÉGLAS, *Delirios melancólicos*, op. cit., p. 77.

el contrario, *convergente* o *centrípeto*, tomando al enfermo como centro. Lejos de verse como un ser perjudicial para los demás, afirma que es a él a quien alguien quiere dañar. Aquí no se acusa a sí mismo: acusa a los demás.

Si las ideas melancólicas se refieren sobre todo al futuro y constituyen un delirio de expectación ansiosa, el delirio sistematizado de los auténticos perseguidos se apoya sobre todo en *hechos consumados*; nuestro perseguido es un condenado, el melancólico sólo es un detenido a la espera de juicio (Lasègue)[31]. Este último teme, el primero afirma; está en estado de certeza, no hay vaguedades; está seguro de lo que le ocurre, pues tiene innumerables pruebas proporcionadas por sucesos que ya han ocurrido. También tiene una fe profunda en sus convicciones, una creencia inquebrantable que le priva de toda capacidad de autocrítica, le hace inaccesible a cualquier cuestionamiento. Ese estado de certeza, al reforzar las ideas delirantes, interviene ampliamente en la producción de alucinaciones, las cuales, ya se dijo, son una objetivación[32] del delirio en el mundo exterior, su traducción en el más alto grado de intensidad.

Paralelamente a esas características, y como consecuencia natural, vemos a la pasividad y resignación de los melancólicos con ideas de indignidad, autoacusación, etc., dejar el sitio a *la lucha*, *la resistencia*, que impulsan al perseguido a hacer frente a sus enemigos, a defender sus derechos imaginarios, y que le convierten en una persona esencialmente insociable y a menudo peligrosa.

Finalmente, como las ideas de indignidad y algunas otras del delirante melancólico, las ideas de perjuicio que estamos estudiando tienen a menudo un *carácter retrospectivo*, pero con ciertas diferencias. El melancólico se limita a encontrar en el pasado un hecho real o imaginario cuya importancia exagera, y que considera la causa de sus sufrimientos morales de hoy. Pero entre ese hecho y el presente casi no hay otro vínculo que el de causalidad. Nuestro perseguido, por el contrario, remonta gradualmente el curso de su vida encontrando a cada instante hechos que confirman sus ideas delirantes actuales. Es así como a veces llega a tener ideas de suplantación de la identi-

31. Charles LASÈGUE, «De l'alcoolisme subaigu», en *Études médicales du professeur Ch. Lasègue*, París, A. Blum, 1884, vol. II, p. 169.

32. Objetivación paradójicamente subjetiva, ya que sólo son «objetivas» para el sujeto alucinado.

dad durante la infancia. Rehace entonces paso a paso su vida acomodándola a esa nueva manera de verla, y su delirio, cuya sistematización puede abrazar así a todo su pasado, no es ya sólo un delirio retrospectivo, sino que, como se ha dicho, es a la vez *retrospectivo* y *metabólico*[33].

Efectivamente, el calificativo *metabólico* se aplica a los delirios en los cuales todos los hechos o todos los objetos del mundo exterior ya no tienen para el enfermo la misma significación que les otorga el consenso universal, significación que sufre una transformación que los hace concordar con las ideas delirantes.

Esta transformación no sólo actúa sobre los hechos o los objetos del momento, sino que puede igualmente afectar a los acontecimientos pasados; así es como el delirio se convierte simultáneamente en retrospectivo y metabólico.

Como punto de paso al delirio retrospectivo metabólico se encuentra el delirio de carácter *palingnóstico*[34], en el cual el enfermo cree reconocer en lo que ve por primera vez, en un ambiente completamente nuevo para él, objetos o personas a los que presuntamente habría conocido antes, o un lugar donde ya antes hubiera estado. Este carácter palingnóstico se encuentra frecuentemente en el delirio de los perseguidos que estudiamos.

---

33. '*Métabolique*': 'metabólico', del griego '*meta-bolikós*', 'relativo al cambio'. En la Medicina de los siglos XVII a XIX, 'metabólico' se decía de quien ve a las personas y las cosas transformadas, y no con su aspecto real. Jules SÉGLAS conceptualizaría los *délires métaboliques* como aquellos en que los objetos o las acciones del mundo exterior, sufriendo una transformación coherente con las ideas delirantes, tienen para el sujeto distinto significado que para las demás personas; ver: J. SÉGLAS, «Sémiologie des affections mentales», en G. BALLET, *Traité de pathologie mentale*, París, Doin, 1903, pp. 269-270; también: C. ESEVERRI HUALDE, *Diccionario etimológico de helenismos españoles*, Burgos, Aldecoa, 1994, 6ª ed., p. 396; y: V. KAPSAMBELIS, *Termes psychiatriques français d'origine grecque*, París, Masson, 1997, p. 76.

34. '*Palingnostique*': del griego '*palin-*', partícula que indica acción repetitiva, iteración, y '*gnostikós*', 'el que es apto para conocer', 'relativo al conocimiento'; no se usa en español. Neologismo técnico creado por E. MENDEL, psiquiatra alemán, para designar las ideas delirantes basadas en un error de la memoria que se complican con un error del juicio, resultando falsos reconocimientos de repetición. También se aplicaba a las alucinaciones que generaban vivencias confabulatorias. MENDEL vinculó las ideas de persecución con los «delirios palignósticos y metabólicos»: el paciente cambia sus ideas sobre quienes le rodean, de manera que se acomoden a su delirio. El autor cita al respecto algunos ejempos: el personal del hospital son en realidad detectives (p. 208); también modifica respecto a las directrices del delirio los ambientes y entornos (p. 22) (E. MENDEL, *Text-book of Psychiatry. A psychological study of insanity for practitioners and students*, Philadelphia, F. A. Davis editor, 1907). El término pasó a la historia atribuido a Joseph LÉVY-VALENSY, neuropsiquiatra francés, que lo describió en su libro *Les délires*, de 1932. Ver: J. SÉGLAS, «Sémiologie des affections mentales», en G. BALLET, *Traité de pathologie mentale*, op. cit., pp. 269-270. Ver también: V. KAPSAMBELIS, *Termes psychiatriques français d'origine grecque*, op. cit., p. 95.

Estas son, por tanto, otras particularidades que hay que conocer cuando se trate de fijar la fecha precisa de la explosión del delirio, lo cual no siempre es fácil.

Espero, señores, que estas consideraciones, por sucintas que hayan sido, les bastarán para reconocer y analizar un delirio de persecución, y para determinar las características generales que puede revestir, sobre todo en la locura sistemática primaria. Como ya les dije al principio, he dejado de lado voluntariamente todo lo que tuviese que ver con la sintomatología detallada en la evolución de esta afección mental, no teniendo hoy otro objetivo más que el de tratar un punto concreto de la semiología psiquiátrica.

Para terminar, vamos además a estudiar el historial de una enferma en el que encontrarán ustedes los rasgos principales que puede desvelarnos el análisis de un delirio de persecución, así como las características que acabo de bosquejar ante ustedes. Por otra parte, esta historia patológica podrá darles una idea de la filiación de los síntomas y de su evolución en la locura sistemática primaria.

La Sra. G… ingresó en La Salpêtrière el 7 de septiembre de 1888, a la edad de sesenta y un años.

Esta dama, que sufre una locura sistemática con delirio de persecución de las más características, siempre ha tenido un carácter orgulloso, irritable, desconfiado y celoso.

Sobre ese fondo personal, el delirio se ha ido instalando progresiva, insidiosamente, sin ninguna causa apreciable; tampoco es nada fácil asignar una fecha precisa de comienzo a los síntomas delirantes, ya que no han consistido en otra cosa que la exageración de sus tendencias anteriores.

Su hija, que es quien nos informó, dice que ya diecisiete o dieciocho años antes de su ingreso, en la época de la menopausia, ocurrida a los cuarentaitrés años, se hizo cada vez más celosa y de convivencia muy difícil; hacía sin cesar escenas a su marido, pretendiendo –al parecer, sin razón– que tenía amantes, que corrompía a su hermano; incluso una vez, en aquella época, llegó a ir a casa de una persona muy honorable, nos dice la hija, y montó allí una pelea porque pensaba que era la amante de su marido. Un tiempo después, pretendía que la miraban de reojo por la calle porque había tenido la varicela y le había quedado alguna marca. Desde entonces, no ha dejado de afirmar que se burlan de ella, que la denigran a voces por encargo de su hija haciéndole pasar por ser una persona disoluta, etc.

Cuatro años más tarde empezó a oír voces insultantes, aunque sólo proferían insultos breves, palabras sueltas; la trataban de «ladrona». No veía a quienes la interpelaban y les oía hablar, incluso cuando no había nadie alrededor suyo. Se imaginaba que toda clase de gentes, todos sus vecinos, le tenían manía.

Estos síntomas fueron acentuándose. No dejaban de mirarla de reojo por la calle, de señalarla con el dedo, de decirle cosas desagradables. Una vez bajó a buscar al portero para decirle que un policía que vivía en el edificio la miraba mal, le decía tonterías y quería hacerla detener. Pretendía ser perseguida por una banda criminal que quería secuestrar a su hija, meter a su padre en un asilo de indigentes y hacerles perder a todos su reputación.

Fue entonces ingresada por primera vez, hace cinco años, tras una tentativa de suicidio que llevó a cabo, según dijo, porque era una pobre mujer indefensa.

Al cabo de cuatro meses salió de alta, un poco más calmada al parecer pero más delirante que nunca en realidad. Las alucinaciones auditivas se habían ido haciendo cada vez más numerosas y más explícitas. Ahora ya no eran palabras lo que oía, sino frases: «¡Ladrona! ¡Nos vamos a librar de ti!», etc. Comprendió entonces que querían hacerla desaparecer para atacar a continuación a su familia, y más en particular a su hijo. Cambió de domicilio, pero no logró despistar a sus perseguidores. La espiaban a través de la pared de la cocina; trataban de echarle tierra a los ojos, la electrizaban para impedirle dormir, sus vecinos la espiaban por la noche con cristales de aumento. Alucinada sin cesar, se despertaba y quedaba a la escucha. Hablaba continuamente de escribir a la policía, de vender todo lo que tenía en su casa para poder financiar un proceso judicial contra sus enemigos.

Las cosa llegaron a tal punto que su familia se decidió a ingresarla de nuevo. Desde su llegada, la enferma no ha variado su delirio. Cuenta con una convicción profunda e inquebrantable todos los hechos que acabo de comentar a ustedes. Dice ser el blanco de la persecución de distintos agentes de la policía secreta, y acusa en particular a su portero, a un marchante de vinos y a un químico. Actúan sobre ella mediante «química»; eso le produce calor en las piernas y cansancio en los brazos, como si quisieran dejarla paralítica. La metían malos olores en la cocina, donde además la espiaban usando unas lentes. Las voces fueron quienes le informaron a este respecto.

Esas voces procedían de una habitación deshabitada contigua a su cocina; siempre eran muy claras, y la enferma reconocía bastante bien su timbre, pero jamás pudo ver, dice, a quienes hablaban y le amenazaban con hacerle

desaparecer, con envenenarla. Junto a esas voces amenazadoras, había otras que la defendían: «La habéis insultado, es necesario rehabilitar su reputación decían»; o le daban consejos, como el de quejarse ante el comisario. Pero ella no quiso seguir esa sugerencia y prefirió mudarse de casa.

¿El objetivo de esta persecución? Desacreditar a su familia y truncar el futuro de sus hijos. ¿El motivo? La envidia: le tenían envidia al ver a sus hijos tan bien vestidos, y decían que debía haber robado mucho dinero para permitirse vestirles con tanta coquetería. Y después nos cuenta que ha habido una especie de apuesta entre el vendedor de vinos y otras personas, depositando 10.000 francos de garantía, para conseguir el objetivo que nos acaba de indicar.

Comprende ahora que el matrimonio de su hija, que fracasó hace ya mucho tiempo (al principio de su enfermedad), lo fue a causa de estas persecuciones, que entonces ella no sospechaba.

En los antecedentes familiares encontramos que un hermano de la paciente tiene un defecto en el habla extremadamente pronunciado; y es inteligente pero muy nervioso.

En sus descendientes hemos registrado varios datos interesantes. Tuvo una hija que murió muy joven a causa de unas convulsiones; otra, la que ha sido nuestra informadora, padece locura de duda con delirio de tocar[35]; tiene la manía de contar todas las cosas, en especial los alfileres que utiliza. No puede tocar a un perro o a un gato sin experimentar una violenta angustia. En cierto momento, cuando su madre estuvo alojada en su casa, terminó por creer las acusaciones que lanzaba contra los vecinos, los temores que manifestaba sobre sí misma y sobre la familia. Lo mismo pasó con uno de sus hermanos, que se entregó a la tarea de perseguir a su vez a los perseguidores de su madre. «Ha sido», dice la hija, «una suerte para nosotros que nuestra madre haya sido ingresada». No sabe hasta qué punto lo que dice se corresponde con la realidad, pues es muy probable que sin este internamiento hubiésemos podido estudiar en esta familia un nuevo ejemplo de *folie à trois* [locura a tres].

35. La *folie du doute avec délire du toucher* es uno de los diagnósticos históricos más añejos de una especial forma clínica del espectro obsesivo. Este tipo de enfermos se describe ya en alguno de los historiales de ESQUIROL (*Traité des maladies mentales*) bajo el nombre de monomanía razonante: ansiedad producida por las dudas constantes, a la que se une después el temor al contacto con objetos presuntamente contaminantes o sucios. PARCHAPPE, TRÉLAT PADRE, BAILLARGER, MARCÉ, DELASIAUVE, LASÈGUE y los FALRET afinaron el análisis clínico. Finalmente, LEGRAND DU SAULLE publicó en 1875 une monografía sobre esta afección, que conservó durante largo tiempo el nombre de *folie du doute avec délire du toucher*. Ver Antoine RITTI, «Folie du doute avec délire du toucher», en *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 4ª serie, tomo III, Éd. G. Masson et P. Asselin, Paris, 1879, pp. 339-348.

DECIMOSÉPTIMA LECCIÓN

LOS PERSEGUIDOS AUTOACUSADORES[1]

I. *Las ideas de persecución en los melancólicos autoacusadores:* 1° en la melancolía delirante aguda, sus características; 2° en la melancolía crónica, como delirio sistematizado secundario, sus características; ejemplo clínico.

II. *Las ideas de autoacusación en los perseguidos sistemáticos:* 3° en las formas crónicas.

A. Las ideas de persecución y de autoacusación coexisten o se alternan, pero siguen siendo independientes; ejemplo clínico.

B. Están estrechamente vinculadas.

Las ideas de autoacusación, por tanto, pueden ser: a) paroxísticas; ejemplo clínico; o b) persistentes y constituir el punto de partida, la explicación retrospectiva o la consecuencia y la prueba de las ideas de persecución; distintos ejemplos clínicos.

Pueden observarse también en casos similares otras ideas de contenido melancólico.

Indicaciones generales para el diagnóstico de las distintas variedades de perseguidos autoacusadores; rasgos específicos de los perseguidos autoacusadores relacionados con la locura sistemática primaria.

4° En las formas agudas.

Las ideas de autoacusación pueden encontrarse también en los perseguidos alcohólicos.

Señores,

Aunque, en general, resulta sencillo distinguir el delirio melancólico del delirio de persecución relacionado con la locura sistemática primaria, existen algunos casos en los que el diagnóstico puede resultar dudoso. Esto sucede en aquellos en los que observamos ideas de persecución en un alienado que

1. [Nota de Séglas] Lección de 11 de marzo de 1891.

presenta todos los rasgos de la melancolía o ideas de autoacusación en otro que parece entrar en el grupo de los delirantes sistemáticos.

Las nociones anteriores que adquirimos sobre las características de las ideas delirantes en esas dos formas vesánicas van a permitirnos abordar hoy ese factor diagnóstico.

I. — Entre las ideas delirantes que se pueden encontrar en la melancolía verdadera observarán, en más de una ocasión, ideas de persecución.

1° Estas se presentan entonces con un aspecto bastante especial, como consecuencia del fondo patológico sobre el que se inscriben. En primer lugar, comparten todas las características generales del delirio melancólico que hemos estudiado.

Añadiré que, como consecuencia, el enfermo tiene más bien temores vagos que ideas precisas. Siempre se queda en la incertidumbre y no llega siquiera a formular sus quejas, a designar a sus perseguidores. Además, al contrario que el perseguido sistemático, su humildad delirante le hace percibir la hostilidad que se manifiesta hacia él como un castigo justo de su falta de dignidad, de su culpabilidad. La idea de persecución está ligada a la de autoacusación que la explica y la justifica. Si a veces, con ocasión de algún paroxismo ansioso, trata de eludir mediante la huida los suplicios que le esperan, podríamos decir también que en la mayoría de los casos se resigna y ni sueña con escapar de sus perseguidores. Menos todavía piensa en reclamar, resistirse o reaccionar a su vez con actos violentos. Sus tendencias enfermizas llevan más bien a este desesperado a renunciar a la lucha y a los intentos de suicidio. Además, no se presenta el egoísmo del perseguido sistematizado; a menudo, se cree, en su delirio, que persiguen a su familia y a sus hijos por su culpa, y espera que el sacrificio de su vida termine con estas persecuciones.

Ya insistí en este punto cuando presenté las características del delirio melancólico.

Estas consideraciones se aplican principalmente en los casos en los que se trata de un acceso agudo de melancolía delirante.

2° En otras ocasiones se constatan en el melancólico ideas de persecución algo distintas y que se relacionan con las del delirante sistematizado primario.

Veremos ahora como ejemplo un enfermo bastante interesante desde este punto de vista en concreto.

Es una mujer que tiene hoy cerca de sesenta años.

En 1885, parece que tuvo un primer ataque de melancolía que duró cerca de quince meses. Después de ello, se quedó muy débil de carácter. Tuvo la

menopausia aproximadamente dieciocho meses antes de su ingreso, que se produjo el 23 de agosto de 1890. Desde hacía un año ya, no estaba demasiado bien. Sin embargo, los ataques psicopáticos no empezaron de verdad hasta dos meses antes del internamiento, comenzando por un estado de cansancio general y de abulia, pérdida de apetito, de sueño y de peso. Luego empezaron las preocupaciones por su hijo y los miedos, sobre todo por la noche. Desde hacía un mes tenía interpretaciones delirantes, pero ya estaba enferma cuando empezó «a imaginarse cosas». «El miedo —decía ella al respecto— apareció después de la debilidad, y los malos pensamientos, después del miedo». Es la evolución habitual de los síntomas en la melancolía verdadera.

Cuando ingresó, esta mujer presentaba claramente la expresión facial y la actitud de la depresión melancólica, pero bajo esta apariencia apática se escondía una ansiedad interior muy grande, a juzgar por sus respuestas.

«Si usted supiera –dice ella, por ejemplo– qué penosa es cualquier sensación en esta enfermedad. Cuando estoy acostada, me duele todo; es una intensa sensación de peso. Tengo como una respiración aguda en la garganta y eso es lo que me provoca *ideas mezcladas*. La mezcla de ideas consiste en tener *todo tipo de contrariedades* y *en luchar contra los problemas*». Ella *se siente distinta* por dentro y por fuera. «Ya no soy nada, estoy machacada. No le miro a la cara, no soy digna de ello. No se acerque, me huele mal el aliento. Las personas que están en el pasillo se asustan de ver una cara como la mía. Todo el mundo me mira, les doy miedo, hasta ese punto *el terror está dentro de mí*. Me da miedo pensar cosas que no están bien. En la época en la que estudiaba interna, cuando cuchicheaban, pensaba que había un secreto en mi familia. Desde mi enfermedad, cuando lo vuelvo a pensar, me doy cuenta de que más tarde así ha sido. Pero nunca me han acusado de nada, era más bien envidia, pero hoy es compasión». Al irse, se cubre el rostro para recorrer el pasillo. Al no ver a nadie dijo que habíamos alejado a todo el mundo *a causa de ella*.

Se preocupa constantemente por su hijo y teme que pase por un ladrón: «Recordé, con motivo de mi tristeza, que mi hijo (es relojero) me había vendido un reloj de segunda mano. Se lo pagué y le dije: "Para que esto sea legal, tienes que darme un recibo". "No hace falta decirlo", —me respondió—. Y luego no me lo dio. Como puede ver, tengo motivos para preocuparme por esto. No es honesto».

Vuelve constantemente sobre este tema: «Mi hijo, —dijo en otra ocasión—, es un golfo; es lo peor que se puede ser si te dedicas a vender objetos de ese tipo. Me temo que toma dinero prestado y que no cubre sus préstamos». Pero confiesa que en realidad *no lo sabe*. «Desde el momento en que le he cogido

este reloj, si no ha cumplido sus compromisos, ni él ni yo nos merecemos ninguna consideración».

Quisiera morirse. Incluso se ha planteado matarse y, antes de su ingreso, se escapó una noche de casa de su hijo para tirarse al agua, pero no se atrevió.

En esta época, manifestó un día una idea de persecución, pero poco precisa. Un día que tuvo diarrea, lo explicó diciendo, con un tono bastante indiferente además, que *era posible* que hubiésemos puesto algo en su comida, sin especificar el porqué. No tiene alucinaciones sensoriales.

Hasta ahí, la Sra. P... parece claramente una melancólica, y las ideas delirantes, en particular, presentan típicamente las características generales del delirio melancólico.

La enfermedad progresa y, unos meses más tarde, a principios de 1891, seguimos encontrando todavía, más acentuadas incluso, las ideas melancólicas del principio.

«Deberían mutilarme, fusilarme; iría delante de un regimiento, estoy lista. Me resigno a ello. Harán de mí lo que quieran. Soy como un tronco, soy un burro. Soy ridícula, soy una porquería. Soy una incapaz, una perezosa. Soy una bestia de carga, *no soy nada de nada*. No me lo dicen, pero lo sé. No estoy al mismo nivel que los demás, estoy por debajo de ellos. Debería estar sola, que me trataran como a una bestia. Preferiría estar encerrada que estar con todo el mundo. Ahora, *no siento nada*, todo me resulta indiferente. Que hagan de mí lo que quieran. Hay que creer que soy un ser inútil. Sé que me cortarán en trocitos».

Pero al mismo tiempo, aparecen otras concepciones delirantes.

«No me culpo de nada. Desde mi infancia, me han ido llevando hacia esto. No sé nada, la historia del reloj me la había imaginado. Contraje matrimonio de forma falsa, los papeles eran falsos; pero no querían hacerme ningún mal porque he sido muy feliz. Creo que *mi madre no era mi madre. Mi apellido no es mi apellido*. Soy como un monstruo físico y moral. Me han cambiado completamente. Mi marido no debía de llamarse P... Me resulta todo extraño. No sé de dónde soy, de dónde vengo. No sé qué edad tengo, no sé nada. Cuando cobraba mi renta, no sé si era verdadera; debe de ser falsa; debían de haberlo preparado entre todos. *Tal vez todo ha sido una comedia para perjudicarme*. Mi madre puede que no esté muerta. Yo estaba ahí, francamente, porque soy una burra. Yo era un sujeto preparado contra las ideas.

»Creía que vivía como todo el mundo, pero está claro que no era así. Por tanto, me criaron mal. No era yo misma, hacía falta que me guiaran. Es culpa de mi madre. No me quería, no era mi madre, ya no lo sé. *Mis padres no son*

mis padres. Todo mi cuerpo me resulta extraño. Tengo una sensación de vacío en el pecho. Todo ha sido falso en mi vida. *Nada era verdad*».

La Sra. P... sigue sin tener alucinaciones sensoriales, pero, por el contrario, presenta muy claramente el fenómeno de la conversación mental, una forma de alucinación motriz verbal de baja intensidad.

«Todo tiene sus pros y sus contras. *Una voz dice los pros y la otra los contras. No las oigo, las entiendo. Hablo para mí misma, aunque sin hablar*. Me ha hecho falta llegar hasta la fecha para ello. Son como voces interiores». (No ha notado la articulación mental.)

Tampoco tiene eco del pensamiento: «Conocen mi pensamiento, pueden seguir lo que leo. No lo oigo, pero *lo veo por las observaciones que hacen*.

»Si tengo un sueño agradable, *hacen ruido a propósito para que no descanse*. Los demás no deben de oír esos ruidos. En otra época, tenía pesadillas por la noche, pero nunca visiones».

Entre las concepciones delirantes que acabo de señalar, pueden ver ahora, señores, que hay ideas de negación que parecen estar bien relacionadas con el desarrollo de una nueva personalidad, codo con codo con la anterior pero en detrimento de ella.

Su aparición, en el caso actual, no tiene nada que pueda extrañar a ustedes ahora, puesto que se presentan bajo el aspecto del delirio melancólico de negación del que ya nos hemos ocupado[2].

Sin embargo, aunque la nota general del delirio siga siendo claramente melancólica, es una de las características que vemos que se exageran y que conducen a nuevas concepciones de otro tipo.

De este modo, por el hecho de esta tendencia retrospectiva que ya conocen ustedes, las ideas de negación se convierten en el origen de una interpretación particular. Sin llegar a rehacer completamente su existencia, a crear un delirio metabólico completo, la enferma considera que toda su vida anterior no ha sido más que extrañeza, falsedad. Hasta ahí, nada extraordinario, pero el hecho concreto es que, a propósito de esto, ella expresa la idea de haber sido, en ese sentido, *la víctima de una farsa* preparada por todo el mundo.

A finales del año 1891, se mantiene en esta idea y hoy comprende que tenía *un destino*. Ahora todo le es *indiferente*, mientras que en otra época era muy feliz. Todo lo que ha pasado se ha hecho para eso. *Todo es mentira*, archimentira. Ella cree que todo es falso. Sólo habla de lo que sabe que es falso. Antes era bien recibida en todos lados, aunque con falsedad. Ahora

2. Lección 15, no incluida en esta selección.

percibe que todo el pasado era falso puesto que no ha sido tratada como a los demás. *No tiene afecto* a su alrededor. Tenían que hacer de ella una *víctima*. Además, los internos[3] están ahí para quemarla. Es tan burra que ya no osa abrir la boca para hablar.

Adivinan su pensamiento y ella no adivina el de los demás. Cuando piensa, las personas que están a su alrededor le hacen ver por sus actos que conocen su pensamiento. Hubo momentos en que pensaba que todo lo que decían se refería a ella, pero ahora le da igual lo que hablen. Oyó murmurar que su madre la había tenido antes de casarse, pero no lo sabe. Supone que sus dos hijas no murieron, aunque antes creía que estaban muertas. También cree, desde entonces, haber reconocido a su hermana, que había muerto hacía ocho años. La Srta. Dup... (la antigua vigilante) dejó de ejercer, pero no murió. Sus hijos están casados, no sabe cómo. Las enfermas del servicio no están enfermas. Una cosa que le afecta es que la gente *tenga distintos papeles*[4], como la Srta. Dup... que también es: Bourdon, Toursechoppe (una tía materna), Delleville.

Desde esta época, el delirio no ha dejado de evolucionar sin interrupción en el mismo sentido. Hoy, al lado de las antiguas ideas claramente melancólicas que persisten todavía, existen, con un gran desarrollo, ideas de persecución particulares, como coronamiento de la estructura delirante.

La enferma sigue siendo muy humilde: no se compara, dice ella, con nadie. «Me hicieron tener muchas pretensiones, y creo que es todo lo contrario». Sigue siendo simplemente una bestia, una burra.

Todo es mentira en su vida; ya no sabe nada con exactitud; sus hijos, que se casaron, lo hicieron de manera falsa; los que han muerto puede que sigan vivos y los vivos puede que estén muertos. Tuvo cuatro hijos, pero puede que fueran cinco; no lo sabe. Su propio matrimonio era una farsa. Ella cobraba su renta de forma falsa, pero no es culpa suya, siempre se han reído de ella y lo seguirán haciendo hasta su muerte. Su formación fue distinta de la de los demás a propósito; utilizan un lenguaje que ella no entiende. Es la víctima de una farsa preparada desde su infancia por gente que siempre la ha seguido y que siempre ha tenido *interés* en ocuparse de ella. Los pagaba su familia, lo ha visto desde que está aquí y ha podido reflexionar. Esta gente la fueron manipulando para hacer de ella lo que querían, hacerla firmar. Fue allí como una burra, la han metido dentro y se han hecho con sus bienes,

3. Los médicos internos, es decir, los que estaban haciendo la especialidad.

4. *Plusiers rôles*: 'varios papeles' (de teatro), que una persona represente 'varios personajes' o identidades.

pero no podrán disfrutar de ellos y volverán al gobierno. Porque, cuando se le quita los bienes a la gente, se les convierte en víctimas. Por otra parte, ella se resigna bien a todo, no puede defenderse y «la razón del más fuerte es siempre la mejor». Señalemos que se ha vuelto bastante poco comunicativa y que a menudo responde con la frase clásica de los perseguidos: «Ustedes lo saben mejor que yo». Por poco precisas que sean sus alegaciones, no se rinde a ningún razonamiento, no hace ningún intento de crítica y mantiene una fe absoluta en sus convicciones.

Destaquemos también este importante hecho, aunque en absoluto singular, la desaparición de los trastornos emocionales.

Aquí tienen por tanto, señores, una mujer que, por el modo de aparición, de subordinación de los distintos síntomas de la afección, por las características de su delirio, se nos presenta claramente en un principio como melancólica. Después, al cabo de un período bastante prolongado de enfermedad, asistimos al desarrollo de las ideas de persecución especiales, lo que modifica el aspecto clínico del principio. Ya no son las ideas de persecución normales de los melancólicos, en relación directa con su estado mental, las que les dejan huella y por las cuales expresan un temor vago, muy general, de ser perseguidos, espiados como consecuencia de los errores de los que se acusan. Aquí, el delirio de persecución es, de alguna manera, la justificación de las demás ideas. La acusación contra otro se formula claramente, la enferma siempre ha estado engañada de manera inconsciente. Si se ha convertido en lo que es hoy en día, es como consecuencia de maquinaciones de personas pagadas por su familia que, después de haberla despojado, quieren hacer de ella una víctima.

La idea de persecución ya no representa, como cuando formó parte del delirio melancólico, una expiación merecida por los errores anteriores. Lo que hay es lo contrario: son los errores anteriores que haya podido cometer la Sra. P..., el triste estado al que ha quedado reducida, lo que se explica por las maquinaciones de las que ha sido víctima, por la farsa que se ha representado ante ella mientras que se ha dejado avasallar sin ver nada y ha pasado por la vida como una burra. Ya no es un castigo merecido, sino un *destino*.

La idea de persecución interviene aquí, frente al delirio melancólico, como la idea de grandeza con respecto al delirio de persecución en algunos alienados sistematizadores. Es la consecuencia directa de esto, al mismo tiempo que es la explicación última y retrospectiva.

Desde este último punto de vista, el delirio de persecución de nuestra enferma ya no se presenta como el delirio melancólico ordinario en busca

de uno o varios hechos dispersos del pasado para justificar las ideas actuales, así como hacía, por ejemplo, al principio la Sra. P... con la historia del reloj que le compró a su hijo. Ahora, sin llegar a precisar mediante su vuelta a atrás, como el delirante perseguido sistematizado, un delirio metabólico retrospectivo, ella percibe no obstante toda su existencia como una larga farsa, una *archimentira*.

Asimismo, el delirio ya no tiene toda la monotonía y la fijeza habituales del deliro melancólico y presenta una cierta sistematización, las distintas ideas delirantes se encadenan, argumentándose de alguna manera las unas a las otras.

Es conveniente remarcar también que aunque sigamos constatando las primeras ideas melancólicas con el mismo contenido, éstas han cambiado un poco de características desde el punto de vista de su modo de irradiación. Ya no constituyen un delirio absolutamente divergente, centrífugo. En lugar de ser autoacusaciones puras y simples, se convierten también tanto en pruebas en apoyo de convicciones nuevas relativas a la maquinación urdida contra la enferma, como en quejas contra sus perseguidores. Por una especie de efecto de onda expansiva, de contragolpe[5], retoman así una influencia convergente centrípeta, ese carácter egocéntrico del delirio de persecución de la locura sistematizada, del que son testimonio sus nuevas ideas y sus interpretaciones delirantes incesantes que le hacen relacionar consigo misma todos los hechos del mundo exterior.

Observamos también que esta melancólica no se preocupa en absoluto del futuro, sino que su delirio, al igual que el de los perseguidos sistemáticos, se centra en el presente y sobre todo en el pasado.

Nos encontramos por tanto, señores, frente a un delirio de persecución desarrollado en el curso de un estado melancólico y que, guardando en cierto modo la huella del fondo mórbido inicial sobre el que se asienta, ofrece no obstante algunas características diferentes de las de las ideas delirantes melancólicas, y se aproxima a las del delirio de persecución típico, como ya lo estudiamos en la locura sistemática primaria.

Sin ser muy frecuentes, estos casos no son tan raros y es importante estudiarlos. Si no conociéramos los antecedentes de nuestra enferma, si tuviéramos que estudiarla en este momento, sin información previa, podríamos considerarla como una persona que sufre alguna de estas formas de locura sistemática primaria, de las cuales veremos ejemplos enseguida, que vienen

5. La expresión que figura en el original, *choc en retour*, se refiere específicamente al efecto producido por un rayo en un lugar alejado del que ha caído. No tiene versión equivalente en castellano aunque suele traducirse por 'retroceso', 'contragolpe' o, como preferimos, 'onda expansiva'.

acompañadas de un delirio polimorfo con ideas de persecución y autoacusación, de sistematización incompleta y que, en ocasiones, se curan. Interpretado en su justo valor, el caso actual parece, por el contrario, que se encuentra en la senda de la cronicidad.

El delirio de persecución, como acabamos de constatar, que aparece después de un período bastante largo de melancolía delirante, se corresponde muy bien con lo que los alemanes denominan la *paranoia secundaria*, es decir, el *delirio sistematizado* que se desarrolla durante o después de un estado psiconeurótico anterior, revistiendo la significación del paso a la cronicidad, a veces incluso como un simple período intercalado entre la psiconeurosis primera y un estado de demencia terminal[6].

Las ideas de negación aparecidas a lo largo del segundo ataque de melancolía, poco tiempo antes de las ideas de persecución, tienen sin ninguna duda, el mismo valor, y el ejemplo precedente confirma así la opinión que expuse como la más verosímil sobre la interpretación nosográfica del delirio de negación típico en la melancolía.

Para concluir con esta enferma, debo decirles algunas palabras sobre sus antecedentes. En su familia hemos encontrado sólo casos de tisis, pero no de afecciones nerviosas definidas. Ella misma, excepto por las migrañas, siempre ha gozado «de una salud de hierro» y sólo ha tenido un episodio de fiebre tifoidea a los diecisiete años. Menarquia a los quince años de edad. Por el contrario, debe tenerse en cuenta que siempre ha tenido un carácter difícil, poco agradable, poco expansivo, era dada a perderse en fantasías, a estar distraída, sin gran voluntad, aunque bastante inteligente. Toda la vida ha sido pretenciosa y desconfiada. Creía, desde que era joven, que hablaban de ella, que la envidiaban, que había un secreto en su familia.

Estas tendencias personales pueden servir hoy para explicarnos por qué la enferma, en vez de curarse o cronificarse en un delirio melancólico invariable y evolucionar después simplemente hacia la demencia, entró en este período de delirio sistematizado secundario y presenta estas ideas delirantes peculiares, relacionadas con algunos rasgos de su carácter anterior, sobre los cuales acabo de llamar su atención.

---

6. El problema de la paranoia secundaria se suscitó sobre todo a partir de la visión de GRIESINGER sobre la psicosis única. De acuerdo con esta doctrina, las lesiones emocionales y afectivas constituían siempre las formas de inicio de la *Einheitspsychose*, y sólo en el caso de que aquéllas no curaran aparecerían los trastornos intelectuales y la demencia terminal. Por tanto, de producirse, el delirio paranoico se consideraba secundario. Fue la siguiente generación de alienistas los que criticaron acervamente esta propuesta, aportando numerosos casos de delirios paranoicos primitivos, es decir, surgidos de un trastorno inicial del juicio y sin intermedio de los afectos o el humor.

II. — Señores, frente a estos melancólicos que formulan ideas de persecución, se encuentran los verdaderos perseguidos, afectados por la locura sistemática (paranoia) primaria y que expresan ideas de humildad y de autoacusación.

Ya hemos visto, al estudiar la semiología del delirio de autoacusación, que no era una característica exclusiva de la melancolía y que podía encontrarse en bastantes más circunstancias[7]. Algunos autores, no obstante, persisten todavía en observarlo como sinónimo de delirio melancólico; hacen un elemento de diagnóstico capital, diferencial sobre todo con lo que denominan, impropiamente además, *delirio de persecución*.

Esta manera de ver es, repito, errónea, absolutamente teórica y desmentida diariamente por la observación clínica.

Sin duda, al contrario de lo que sucede en la locura sistematizada, los melancólicos se echan la culpa a sí mismos, pero también podemos observar autoacusaciones en los locos sistemáticos, aunque el contenido textual de las ideas no puede considerarse en el mismo caso como un elemento preponderante de diagnóstico.

Esta es una opinión mantenida con razón, hace ya unos diez años, por Westphal, Moeli, Jastrowilz[8]. Un poco más tarde, otro autor alemán, Witkowski[9], en un trabajo dedicado a la nosografía de la locura sistemática (*Verrücktheit*) en sus informes sobre la depresión melancólica, distingue incluso una modalidad intermedia entre la melancolía verdadera y la *Verrücktheit*, en la cual los enfermos deprimidos permanentemente expresan ideas de contenido melancólico: condenación, podredumbre, etc. Pero es la *Verrücktheit* la que constituye el fondo esencial, como podemos juzgar a partir de la estructura del delirio, que es parcial, del curso continuo de la psicopatía, de la sistematización, y de la introducción de ideas delirantes y modificaciones emocionales variables que no proceden en absoluto de la melancolía.

Koch[10] señala también como pertenecientes a la paranoia (*Verrücktheit*) lo que denomina estados *pseudomelancólicos*. Los enfermos de este tipo se imaginan, por ejemplo, que se les debería condenar por sus pecados, pero expresan al mismo tiempo ideas de grandeza. Piensan que los demás hombres son culpables, condenables tanto o más que ellos, pero llegan a considerarse como mesías llamados a la redención del mundo.

---

7. Lección 13, no incluida en esta selección.

8. [Nota de Séglas] *Société psychiatrique de Berlin*, 1883.

9. [Nota de Séglas] WITKOWSKI, All. Z. f. Psych., Bd XLII, 6, 1886.

10. [Nota de Séglas] KOCH, *Guide de psychiatrie*, 1888.

Entre otros ejemplos, cita también a esos delirantes sistemáticos que creen tener una fisionomía que llama la atención, creen *ser señalados con el dedo por los errores* que han cometido.

Meynert[11], al revisar las distintas formas de la paranoia, describe casos mixtos que entran bien, en realidad, en el marco de la locura sistemática y en los cuales encontramos las preocupaciones hipocondriacas y las del *delirio de autoacusación*. Pero este delirio no se corresponde totalmente con el delirio de humildad del melancólico. No es más que un tipo de presunción *resultante de un delirio de persecución*. El enfermo saca la conclusión de ser culpable de algo por la actitud de la gente hacia él y, en semejantes circunstancias, llega a veces incluso a presentarse ante los tribunales[12].

También recientemente, el Dr. Ballet[13] ha estudiado especialmente esta misma cuestión en una comunicación muy interesante en el Congreso de Blois (1892) y posteriormente en una lección clínica sobre los *perseguidos autoacusadores* (1893).

Yo citaría en último lugar una observación[14] que he referido en Blois, tras la ponencia del Sr. Ballet, y un trabajo que he presentado con el Dr. Georges Brouardel[15] en el Congreso de la Rochelle y que confirma, en esta cuestión, las opiniones de nuestro distinguido colega.

3° Señores, cuando abordamos el delirio de autoacusación en la locura sistemática (paranoia) primaria –considerando por ahora sólo la forma crónica de la afección– conviene distinguir varias categorías de hechos, según de las relaciones que la autoacusación tenga con las ideas de persecución.

A. — En una primera categoría, las ideas de persecución y las ideas de autoacusación *coexisten o se alternan*, pero no se mezclan. Siguen siendo independientes las unas de las otras, formando cada grupo, de algún modo, un sistema delirante específico. Eso es un hecho bastante frecuente en ciertos casos de locura sistemática primaria, descritos sobre todo en Francia por algunos autores bajo el nombre de *delirios polimorfos de los degenerados*.

---

11. [Nota de Séglas] MEYNERT, Leçons cliniques, 1890.

12. Pero tales enfermos lo suelen hacer más bien como una forma de denunciar la persecución; como rindiéndose a ella para que cese, aunque no se crean culpables de nada en absoluto.

13. [Nota de Séglas] G. BALLET, *Congrès de Blois*, 1892; *Semaine médicale*, 1893.

14. [Nota de Séglas] J. SÉGLAS, *Congrès de Blois*, 1892, y *Semaine médicale*, nº 50, 1893.

15. [Nota de Séglas] J. SÉGLAS y G. BROUARDEL, *Congrès de la Rochelle*, 1893, y *Archives de neurologie*, nº 50, 1893.

Les mostraré un ejemplo de este tipo que he podido observar recientemente.

Se trata de un joven de treinta años aproximadamente, con antecedentes hereditarios, que ha presentado él mismo trastornos variados, marcas de una constitución neuropática (ataques neurasténicos, emotividad, tics habituales, obsesiones irresistibles, carácter muy vanidoso, escrupuloso, timorato en exceso), y que comenzó hace aproximadamente un año a manifestar ideas delirantes. Éstas han aparecido de inmediato, sin ninguna manifestación anterior, somática o psíquica.

Al principio, el enfermo expresaba sólo ideas de contenido melancólico, de culpabilidad, de autoacusación, etc. Después, algo más tarde, se manifestaron ideas muy claras de persecución. Desde entonces, esos dos tipos de concepciones delirantes se fueron acentuando, pero siguiendo un desarrollo paralelo y sin mezclarse nunca. Se alternan incluso las unas con las otras, a intervalos regulares, en los cuales se manifiestan sólo las de una clase, excluyéndose recíprocamente, por así decirlo. Asimismo, visto en cada uno de estos momentos, el enfermo parece totalmente distinto de sí mismo, con en días absolutamente opuestos. En un momento dado, por ejemplo, sólo manifiesta escrúpulos sobre haber cumplido mal sus funciones, o haber cometido errores en sus cuentas; teme, por tanto, recibir reproches de sus superiores, de estar comprometido, condenado, de deshonrar a su familia.

En otro momento, las ideas de humildad, de autoacusación, desaparecen y dejan lugar a verdaderas ideas de persecución totalmente contrarias y basadas en un fondo de orgullo. Tienen celos de él, de sus capacidades excepcionales; por eso le tienen manía, y acusa formalmente a otras personas, a francmasones imaginarios, a desconocidos o incluso a sus colegas, a sus superiores, de tramar un complot contra él, por envidia, para obstaculizar su futuro. Se imagina que le siguen, que las palabras que oye y los gestos que percibe se refieren a él.

Tiene alucinaciones bastante claras, pero son poco frecuentes y, hecho notable, afectan sobre todo a la vista (visiones del diablo, del infierno) cuando es autoacusador, y al oído (injurias) cuando se manifiesta como perseguido.

Igualmente, las reacciones varían con las ideas delirantes. Unas veces, cuando se cree deshonrado, gime, se lamenta y sólo piensa en el suicidio. Otras veces, al contrario, cuando se encuentra inmerso en sus ideas de persecución, prodiga recriminaciones e invectivas, se vuelve agresivo, violento, sólo sueña con denunciar a sus calumniadores y vengarse de sus enemigos.

Aquí tenemos, por tanto, dos sistemas delirantes, que evolucionan en un individuo independientemente el uno del otro, excluyéndose incluso recí-

procamente. Si mostramos al enfermo la contradicción que tienen, se limita a responder que estas ideas son más fuertes que él y que las sufre sin poder discutirlas.

Durante varios meses, siempre he constatado la alternancia de dos delirios durante períodos irregulares, pero siempre más caracterizados cada vez, sobre todo en lo que respecta a la faceta de persecución.

Añadiría que no he detectado en este joven ningún signo de parálisis general. Ha entrado después en un período no de curación, sino de remisión, seguido de una recaída de ataques delirantes bajo la forma habitual del delirio de persecución en la locura sistemática que evoluciona hacia la cronicidad.

No procede aquí atribuir las ideas de autoacusación a la melancolía. Busquen las características generales del delirio melancólico, que no las encontrarán; mientras que, por el contrario, hallarán en el delirio, contemplado en su conjunto, las del delirio de la locura sistemática primaria. El principio de la enfermedad no estuvo marcada por los síntomas abúlicos ni por el estado de dolor moral que son el elemento indispensable de la melancolía; los trastornos emocionales sólo se manifiestan en forma de reacciones. El delirio, por tanto, no es secundario; se desarrolla de golpe, como simple exageración de las tendencias anteriores del sujeto, que sigue siendo vanidoso y escrupuloso al mismo tiempo; es un delirio primario que, en vez de mantenerse monótono y fijo, va organizándose en un sistema delirante que tiende a orientarse definitivamente hacia la persecución, y va adoptando las características, las aspectos del delirio de este tipo en la locura sistemática primaria.

B. — Señores, cuando se presentan en el alienado sistemático, las ideas de autoacusación pueden no permanecer independientes, sino asociarse estrechamente con otras ideas delirantes, de persecución, por ejemplo, e integrarse en el sistema delirante general.

Estos son sobre todo los casos que han observado los autores que acabo de mencionar hace un momento. El Dr. Ballet, en particular, trató de poner de relieve esta asociación de las ideas de persecución con ideas de autoacusación. «Estos perseguidos —dice— acusan a los demás y se quejan de sus maniobras, como corresponde a los auténticos perseguidos, pero, ante todo, se acusan a sí mismos. No niegan haber dado motivos para la persecución, ni que las peores consecuencias deban recaer sobre ellos. Son víctimas, pero culpables, y no, como los perseguidos ordinarios, víctimas inocentes».

Creo, sin embargo, señores, que en estos casos, las relaciones recíprocas entre las ideas de persecución y de humildad, de autoacusación, no son siempre las mismas y que conviene hacer ciertas distinciones.

a. —En primer lugar, desde el punto de vista clínico, aunque hay casos en los que las ideas de autoacusación, una vez instaladas, persisten de forma constante junto a las ideas de persecución, existen otros casos también en los que sólo se manifiestan mediante crisis [*bouffées*], *mediante paroxismos*.

Presento ahora, por ejemplo, resumido muy brevemente, un hecho de este tipo que observé antaño.

Una mujer de treinta y siete años, de carácter frío, sombrío y desconfiado, manifestaba desde hace diez o doce años síntomas delirantes que comenzaron de una forma totalmente insidiosa y que fueron adoptando poco a poco la forma de delirio de persecución alucinatorio tal y como lo encontramos en la locura sistemática primaria. Al principio, creyéndose víctima de molestias, formulando acusaciones vagas, posteriormente enemistándose con un conjunto de individuos, acaba por creerse perseguida por una banda de francmasones dirigida por una mujer de alta posición, que sería la amante de su marido y que querría, de acuerdo con éste, hacerla desaparecer, así como a su hijo, para casarse con él después. Se mostraba segura de sus convicciones delirantes, que resistían a cualquier crítica, no diría por su parte, puesto que no ha intentado nunca controlarlas, sino por parte de otras personas. El delirio, aparecido de golpe, se sistematizó progresivamente, acompañándose de interpretaciones delirantes, de alucinaciones auditivas predominantes y de desarrollo progresivo, y de un estado de ansiedad reactivo casi constante, pero más acentuado a temporadas. Bajo esta influencia, la enferma huyó de su casa para escapar de sus enemigos, pero también, hecho destacable, *para que su desaparición dejase el terreno libre a su marido* y le permitiese conseguir sus proyectos, que deberían hacerle feliz. Movida por las mismas ideas, piensa en el suicidio para evitar los suplicios que le infringirán sus enemigos, así como *para garantizar la felicidad de su marido y conjurar la pérdida de su hijo*. Excepto este punto concreto —esta idea de sacrificio poco común en los perseguidos sistemáticos— todos los síntomas del delirio de persecución son tal y como se muestran normalmente en la locura sistemática primaria. Por tanto, no voy a insistir en este aspecto.

Pero más tarde, después de estos diez o doce años, la afección presenta por momentos, en su evolución y sus síntomas, una nueva fisionomía.

Por intervalos que se prolongan entre varios días y varias semanas, la enferma pierde el sueño, es presa de un estado de ansiedad considerable; las alucinaciones aumentan en frecuencia e intensidad, se generalizan en todos los sentidos; las ideas se vuelven confusas, incoherentes, en vez de presentarse bajo la forma de un delirio parcial, sistematizado y claramente afirmativo. Al mismo tiempo, junto a las ideas de persecución que persisten e incluso se

exasperan, provocando terrores ansiosos continuos, se manifiestan nuevas ideas delirantes. Esta mujer se acusa de ser causa de desgracias para los suyos, *es necesario que desaparezca, en beneficio de ellos*. Como Jesucristo, que se sacrificó por la humanidad, ella debe sacrificarse por el bien de su familia. Además, ha debido de cometer crímenes; *es culpable*, es la causa de muchas desgracias, debe morir. Por tanto, sólo piensa en el suicidio e incluso llega a hacer bastantes intentos con este objetivo.

Una vez desaparecido este paroxismo, se presenta de nuevo como una perseguida de las habituales, cada vez más sistemática, evolucionando siempre progresivamente. Después, al cabo de varios meses, el paroxismo alucinatorio con ansiedad, confusión intelectual, ideas de culpabilidad, reaparece de nuevo como antes.

Si observamos la enfermedad en su conjunto, nos encontramos ante un caso que, por la sintomatología y la evolución, por el modo de aparición del delirio, de origen primario, por su sistematización, por el carácter egocéntrico, el modo de irradiación de las ideas delirantes (convergente, centrípeto), por la naturaleza clínica de las alucinaciones, sobre todo auditivas, su modo de desarrollo progresivo y su origen mental, a título de síntomas que aparecen en apoyo del delirio y lo personifican, por la ausencia de cualquier crítica, la fe absoluta, la seguridad de las convicciones, entra perfectamente en el marco de la locura sistemática primaria con delirio de persecución, tal y como lo expuse en nuestro último encuentro.

En ciertos momentos, sin embargo, episódicamente, se presenta bajo un aspecto similar al de un estado de melancolía ansiosa, a juzgar por la ansiedad, los accesos de pánico, las ideas de suicidio, las ideas de persecución relacionadas, como en el melancólico, con ideas de indignidad, culpabilidad, autoacusación y sacrificio.

Pero si estudiamos las relaciones respectivas de estos dos estados, ¿qué conclusión sacamos? ¿Podríamos decir que la enferma presenta ataques de melancolía ansiosa en el curso de un delirio de persecución combinándose con él? Sin duda, si se atienen ustedes, como hacía yo mismo antaño en la época en la que observaba a esta enferma, a la opinión de los autores para los cuales el delirio de autoacusación es sinónimo de delirio melancólico, podrían pensar que se trata de un ataque de melancolía ansiosa. Pero el análisis más preciso de los síntomas que nos condujo a nuestra teoría de la melancolía verdadera y, por otro lado, lo que sabemos ahora de la semiología del delirio de autoacusación, nos muestran que, en realidad, una interpretación así es defectuosa.

Parece que la fisionomía de los paroxismos, vistos aisladamente, dada la intensidad y la generalización de las alucinaciones, que llegan a determinar un estado de ansiedad y de confusión intelectual secundarios en medio del sistema delirante, es mucho más parecida a la de los estados delirantes que hemos estudiado anteriormente con el nombre de *paranoia aguda alucinatoria* y que, si bien pueden existir solos, pueden también presentarse en la locura sistemática (paranoia) primaria crónica como episodios paroxísticos, como exacerbaciones de trastornos intelectuales anteriores.

Las ideas de autoacusación que se manifiestan entonces parece que son sólo la exageración de tendencias más borrosas, pero del mismo carácter, que existen al margen de los paroxismos y se conectan con las ideas de persecución. En efecto, hemos observado que, desde el inicio de su afección, y en los intervalos en los que aparece claramente como una perseguida sistemática, esta mujer se imagina que su desaparición puede hacer feliz a su marido y, para ello, así como para huir de sus enemigos, abandona el país o piensa en el suicidio. De esta idea vaga de sacrificio a la idea clara de autoacusación hay sólo un paso, y se encuentra franqueado en el momento de los episodios paroxísticos.

b. — Señores, en contraste con estos casos, existen otros en los que las ideas de autoacusación en los perseguidos sistemáticos no se muestran por paroxismos, sino que una vez instaladas, *persisten*, asociadas a partir de entonces al delirio de persecución.

Las relaciones de los dos tipos de ideas delirantes pueden ser diferentes. Unas veces es la idea de persecución la que parece ser una consecuencia, el resultado directo de la primera.

Conocí, por ejemplo, el caso de un joven que a consecuencia de un accidente que tuvo en la pubertad se quedó cojo. Siempre se mostró, desde el principio, muy afectado por esta minusvalía. Se consideraba un ser inferior a los demás, algo así como un desecho de la especie humana, incapaz incluso de ejercer una profesión, de vivir en medio de la gente. Posteriormente, esta idea provocó el miedo al ridículo y un verdadero delirio de persecución sistematizado en el cual, aunque acusaba injustamente sin cesar a todo el mundo de reírse de él, reconocía que las burlas estaban más que suficientemente justificadas por su estado de inferioridad física.

En otros casos, aunque el hecho sobre el que se sustentan las ideas de autoacusación sea realmente anterior al desarrollo de las ideas de persecución, se trata sólo de un delirio de autoacusación secundario en la fecha y

retrospectivo. Los enfermos, simples perseguidos al principio, buscan luego el porqué de sus persecuciones y las justifican de esta manera.

Observo, desde hace varios años, a una mujer que tuvo, hace diez años ya, una relación adúltera. Varios meses después se desarrolló un delirio de persecución muy sistematizado, manifiestamente atribuible a una locura sistemática primaria. Ella buscó durante mucho tiempo el motivo de sus desgracias y las percibe hoy en día como una expiación de su pecado.

Éste era también el caso de una alienada de la misma categoría sobre el que presenté, con el Dr. G. Brouardel, una comunicación en el Congreso de la Rochelle. Ella entendía las «esterilizaciones» que le hacíamos en la cabeza como una expiación de sus pecados, de las «tonterías» que hizo en otra época al echarse un amante, expiación bien merecida y que debe servir de ejemplo para mostrar a qué penitencia pueden exponer sus pecados a los culpables.

Puede darse también el caso, señores, de que las ideas melancólicas no se presenten exclusivamente con el carácter retrospectivo que deriva de las ideas de persecución, y en vez de representar su interpretación, su porqué, representen por el contrario las consecuencias, el resultado y, al mismo tiempo, también una prueba nueva.

Veamos, por ejemplo, una mujer de treinta y siete años. Si examinan la forma en que se presenta ante ustedes, les sorprenderá enseguida su actitud, su fisionomía. Refleja todas las características de la ansiedad; la mirada expresa desesperación, los ojos lacrimosos, la entonación llorosa, la enferma no para de suspirar, de gemir de lamentarse.

¿Cuál es el motivo de estas quejas y estos lamentos continuos? «Estoy perdida, nos dice, sólo soy un ser inútil; ya no podría trabajar; estoy embrutecida, ya no tengo cerebro. Ya no puedo vivir, debería morir. Me pesa la cabeza, ya no puedo ni hablar, ya no puedo ni llorar, se me ha encogido el corazón. Lo que como ya no me pasa, he perdido el estómago. Huelo mal. Ya no tengo nada en la cabeza. No tengo futuro. Estoy como muerta, en estado de podredumbre. Huelo mal, apesto, todo el mundo lo huele, me miran como a una bestia inmunda. Soy una estorbo. Amargo a toda Francia. Voy a morir muy pronto. Me siento muy enferma y eso, además, se ve. Estoy en un estado horrible. Antes estaba gorda y rechoncha. Mis huesos se han reducido, mi vientre también. Se ha destrozado todo, ya no queda nada. Después de la muerte, hay algo; para mí, no habrá nada; todo se habrá acabado, acabado, y eso será bueno para los demás». Desde que está en el servicio, ha tenido dos intentos de suicidio. Desea morir para poner fin a su sufrimiento, porque sabe que ya no puede vivir, ni trabajar, porque es un ser inútil y un estorbo.

Como pueden ver, señores, si nos detenemos ahí, esta mujer se presenta, a primera vista, por su estado de ansiedad, sus concepciones delirantes especiales, sus intentos de suicidio, bajo la apariencia de una melancólica ansiosa. Pero si vamos más lejos en el interrogatorio y si buscamos el origen de estas ideas delirantes, la evolución de la enfermedad nos conducirá a un diagnóstico totalmente distinto.

En efecto, si preguntamos a la enferma por qué se encuentra en este estado tan triste, ¿qué responde? «Soy un sujeto al que se ha forzado; a mí, una mujer honesta. Un sujeto, eso es peor que un perro; y yo soy un sujeto para la medicina. Lo sé desde que estoy aquí y he podido reflexionar. Estoy constantemente buscando en mi pasado lo que haya provocado que esté aquí, y ahora ya lo sé: ¡es una venganza!».

De este modo, se inicia en una nueva serie de ideas delirantes, de ideas de persecución. Cree, en efecto, que algunos miembros de su familia han organizado un complot contra ella. Movidos por razones de interés pecuniario, habrían pagado a una comadrona para ponerla enferma en el parto, envenenarla lentamente y hacerla desaparecer.

Para especificar el alcance de las diversas ideas delirantes y llegar al mismo tiempo a un diagnóstico exacto, debemos considerar la evolución total de la afección.

La madre de esta mujer era hipocondriaca, se preocupaba constantemente por su salud; habría tenido crisis de nervios cuando era joven, en particular después de uno de sus partos.

Nuestra enferma se ha desarrollado bien en la infancia y nunca había presentado ningún desorden nervioso. Era bastante inteligente y tuvo un buen rendimiento escolar. Estuvo interna entre los doce y los catorce años, sin problemas.

Siempre ha sido extremadamente susceptible, desconfiada, irritable, muy celosa. Siempre se preocupó mucho también de su salud. Cuando era muy joven, en cuanto tenía algún dolor, se creía perdida y decía que ya no le quedaba mucho tiempo de vida. Después, las tendencias hipocondriacas no dejaron de acentuarse. Siempre con la manía de mirarse en el espejo para ver si tenía la tez fresca, los ojos hundidos, la nariz afilada, la lengua sucia; examinaba sus materias fecales y se preocupaba por su consistencia, su color, su regularidad, etc. Al menor malestar le entraba miedo de morir, tomaba todo tipo de medicamentos y consultaba médico tras médico. No obstante, no expresaba ideas verdaderamente delirantes. Era, sencillamente, hipocondría simple. Al mismo tiempo, sufría accidentes neurasténicos variados, sobre todo después de la fiebre tifoidea que padeció durante el sitio de París.

Dio a luz en diciembre de 1892. Durante su embarazo, se volvió todavía más irritable; pero aunque se seguía preocupando por su salud, en realidad lo sobrellevó bien. El parto fue difícil y trajo al mundo un mortinato.

Le afectó mucho, lloraba sin parar. Pensaba también que no podría recuperarse nunca de los dolores que había sufrido y que decía que seguía sintiendo todavía desde entonces. Poco a poco, fue perdiendo el apetito, empezó a tener insomnio y perdió mucho peso. Siguiendo las recomendaciones de los médicos, se fue a pasar dos meses al campo.

Luego, cerca del mes de junio, se le ocurrió que la comadrona que la había ayudado a dar a luz era la autora de todos sus males y de su muerte próxima. Esta idea siguió progresando y tuvo como resultado un verdadero delirio de persecución. Decía que la miraban mal en la calle, que la encontraban cambiada, que la evitaban. De hecho, a finales de agosto, hizo un primer intento de suicidio. «Sería mejor, decía ella, que me muriera, porque no podría curarme».

Seguía siendo hipocondriaca, pero no todavía no formulaba ideas complejas de naturaleza melancólica como hoy. Eran, junto a las preocupaciones hipocondriacas simples, las ideas de persecución las que se sistematizaban en forma de delirio retrospectivo. Por determinados hechos de los que se acordaba, llegó a la firme convicción de que la comadrona la había «destrozado» como consecuencia de una maquinación organizada contra ella por el gobierno, los sacerdotes y algunos miembros de su familia. Después, convencida de que habían conseguido muy bien sus objetivos al desgraciarle la vida, llegó a formular las ideas delirantes hipocondriacas, las ideas de inutilidad, de podredumbre, casi de negación, es decir, todas las ideas de contenido melancólico que ella acaba de repetirles hace poco[16].

Tal es, señores, no cabe duda alguna, a partir de la información precisa que hemos recopilado, la verdadera filiación de sus ideas delirantes.

Pero, si bien las ideas de contenido melancólico se mantienen hoy en primer plano, la enferma no ha abandonado por ello sus ideas de persecución, más detalladas que nunca, y en apoyo de las cuales encuentra cada día nuevas pruebas en hechos pasados, hasta ahora carentes de especial significado.

«Soy un ser inútil, la comadrona me ha desgraciado. Sentí, después de sus maniobras, dolores en todo el cuerpo. Eso demuestra bien que ella me ha destrozado. Además, ya era raro que empezase a atenderme ocho días antes

16. Se aprecia en este comentario de SÉGLAS que en muchas lecciones clínicas se procedía a la presentación del paciente ante el auditorio.

de dar a luz. Los lavados, las inyecciones que me ponía me hacían mal; ella me hizo tomar también una poción que me produjo un efecto extraño, lo noté enseguida; lo malo es que no tenía testigos, era como un presentimiento. Me adormeció con cloroformo y se vio obligada a introducir las manos para el parto. Eso no es lo natural, pero en ese momento no le presté atención, no conocía el objetivo de sus maniobras. Después de dar a luz, tuve intensos dolores de arriba a abajo del cuerpo y no han dejado de aumentar desde entonces. Tenía dolores por todas partes, tenía como una inflamación general, la lengua paralizada, etc.». «Estoy perdida –me decía– no me recuperaré nunca, y me fui dando cuenta de las malas intenciones de esta mujer a medida que me iba acordando de todo. Es una golfa, una miserable, una criminal. Han debido de pagarla para eso, es una maquinación. Ahora lo entiendo todo; comprendí más tarde que era una persona de mi familia, de acuerdo con los sacerdotes y el gobierno, la que organizaba todo eso. Es una venganza, a causa de un testamento que un tío había otorgado a mi favor. Recordé que me dijeron: "Te acordarás de ello, lo pagarás" e impugnaron el testamento. Vi cómo mi tía se acercó a la comadrona antes del parto, para hablar con ella. Ya en 1879, yo tenía todo tipo de malestares incomprensibles. Fueron ellos los que lo provocaron, no sé con qué conjuros, siempre tenía algo que no iba bien, eran señales que debería haber entendido. También consiguieron ponerme celosa de mi marido mediante mujeres que enviaban a propósito. Es un asunto que debería ser abordado por la policía, por el gobierno, para que les reportase algo, porque mis parientes se enriquecieron y son poderosos hoy en día, puesto que me han entregado como sujeto de estudio a la medicina y han hecho de mí un ser inútil, peor que un perro. Me han machacado para servir de ejemplo, me han envenenado, me están matando lentamente. Me han elegido porque yo era la más inocente. Soy una mujer honesta, aunque me traten de "vieja puta, vieja guarra"; pero no tengo fuerzas para defenderme y hablar».

Añadiría que esta enferma tiene sobre todo interpretaciones delirantes que se refieren a todo lo que pasa a su alrededor, así como a hechos anteriores. Sin embargo, también ha tenido alucinaciones, pero absolutamente eventuales.

No constatamos en ella ningún signo de parálisis general, ningún estigma de histeria, sólo trastornos neurasténicos (cefalea, crujidos en la nuca, raquialgia, lumbago, cansancio general, dolores erráticos, problemas digestivos, amenorrea desde hace cinco meses) que alientan sus ideas delirantes hipocondriacas y contribuyen a hacerle inaccesible a cualquier autocontrol y a cualquier crítica.

En resumen: tendencias hipocondriacas simples, ideas de persecución, hipocondría delirante e ideas de contenido melancólico con persistencia de

las ideas de persecución, llegando al delirio retrospectivo. Esta es, señores, la evolución general de la enfermedad.

Parece ahora, pues, del modo más evidente, un caso de locura sistemática primaria en el que las distintas ideas delirantes sólo han sido la exageración, el desarrollo progresivo de las tendencias innatas personales, poniendo de relieve el subjetivismo mórbido que constituye el fondo de su carácter individual y que se sistematiza de una manera cada vez más estrecha, sin encontrar ningún obstáculo, ninguna intento de control, acompañándose, por el contrario, de una fe absoluta e inquebrantable. En cuanto a los fenómenos emocionales, sólo tienen un significado muy claro de reacciones secundarias. «Siempre he sufrido sólo físicamente, dice también la enferma; sólo empecé a angustiarme a partir de saber que estoy destrozada y de que me veo como un ser inútil».

No hay nada ahí que se parezca a los trastornos emocionales fundamentales de la melancolía, que sirven de base para las interpretaciones delirantes en el futuro.

Asimismo, por sus características generales, esenciales, el delirio se aleja del delirio melancólico para acercarse al de la locura sistemática primaria.

Yo señalaría también en nuestra enferma los intentos de suicidio, que aunque sean poco frecuentes en los perseguidos clásicos y tampoco en los hipocondriacos, parecen ser frecuentes en los perseguidos autoacusadores.

Entre las ideas de contenido melancólico, las hay que se aproximan mucho a las ideas de negación. No se presentan ya como en el síndrome de Cotard que se desarrolla en los melancólicos, sino bajo la forma que revisten en la hipocondría sistemática primaria, como veremos más adelante.

De esta observación se puede concluir además que las ideas propiamente dichas de autoacusación no son las únicas ideas de contenido melancólico que pueden manifestarse en un caso similar. Podemos encontrar también, de una manera más general, todas las ideas análogas de humildad, de ruina, de incapacidad, de decadencia.

Por último, aunque estas ideas sigan estando estrechamente ligadas a las ideas de persecución, sus relaciones recíprocas son inversas a las que mantienen en los casos precedentes. Nuestra enferma expresa esas ideas de aspecto melancólico como consecuencia y prueba de las persecuciones que sufrió, mientras que en los demás casos, similares en este sentido a los del Dr. Ballet, eran más bien la explicación retrospectiva o el punto de partida. Asimismo, nuestra enferma ya no se ve como una víctima culpable, según la expresión de nuestro colega, sino que sigue siendo, como los verdaderos perseguidos sistemáticos, una víctima inocente, expuesta a una venganza no merecida que la ha reducido al triste estado en el que se encuentra hoy en día.

Por todo lo que les he dicho al respecto en el curso de nuestras reuniones, pueden ver, señores, que las ideas de autoacusación, en sí mismas, no son en absoluto características de una forma vesánica concreta.

En lo que se refiere más concretamente a los casos que hemos estudiado hoy, tales ideas no bastan, como se hace a menudo equivocadamente, para distinguir la melancolía y el delirio sistematizado de persecución. No es tanto el contenido como la génesis de las ideas delirantes lo que puede servir de elemento fundamental de diagnóstico. Por este motivo es por lo que he intentado asignar al delirio un cierto número de características generales que pueden servir para identificarlo con más exactitud. El diagnóstico completo debe siempre abordar, por otra parte, todos los demás síntomas, tanto somáticos como físicos, su modo de aparición, de sucesión, sus relaciones respectivas, así como la evolución del conjunto de la afección.

De este modo podrán hacer el diagnóstico fácilmente en las distintas hipótesis que acabamos de revisar.

Reconocer un delirio melancólico acompañado de ideas de persecución también melancólicas es siempre cosa fácil.

Si estas ideas de persecución se presentan bajo el aspecto de un delirio sistematizado secundario, la cuestión ya es más ardua. Pero se dilucida mediante la reconstrucción del conjunto de la enfermedad, la observación directa de un verdadero ataque melancólico anterior o su búsqueda retrospectiva. Es poco frecuente que no persistan algunos síntomas que nos puedan poner sobre esta pista.

En los casos en los que se da lo contrario, es decir, un delirio de persecución resultante de la locura sistemática primaria que viene acompañado de ideas de contenido melancólico, el diagnóstico presenta a veces algunas dificultades. Esto sucede porque, junto con las ideas que pueden hacer pensar en un delirio melancólico se encuentran ocasionalmente otros síntomas que estaríamos tentados a relacionar con el mismo origen: mutismo, rechazo de alimentos, intentos de suicidio y sobre todo trastornos emocionales, ansiedad, etc. Sobre todo es entonces cuando no habrá que contentarse con el simple registro de todos estos síntomas. Sin dejarse impresionar por su reunión en mayor o menor número, ni por el contenido de la idea delirante, será necesario determinar el valor exacto de los síntomas, su origen primero, su subordinación recíproca, sus características generales clínicas y psicológicas, tener en cuenta también otros signos que pueden coexistir e intentar reconstruir la evolución total del proceso morboso.

Espero, señores, que estas indicaciones, por muy breves que sean, sobre la línea de conducta a seguir para el diagnóstico, les parezcan, no obstante, suficientes tras los desarrollos que he realizado sobre esta cuestión en varias de estas conferencias.

Será sobre todo en los casos similares al de nuestra última enferma en los que podrán recurrir a ellas con algún provecho.

Por muy nítida que pueda parecerles una distinción en teoría, las confusiones son frecuentes en la práctica, donde muy a menudo vemos calificados como melancólicos a estos enfermos que lo único que tienen de melancolía es el aspecto exterior, la fórmula [enunciación] delirante, y que, en el fondo, pertenecen en realidad a la locura sistemática primaria.

Como rasgos específicos que pueden, entre los perseguidos de esta última categoría, contribuir a darles un pequeño lugar aparte, se encuentran primero las ideas de autoacusación o, más generalmente, de contenido melancólico.

Estas ideas tienen por objeto a menudo hechos de orden religioso o sobre todo genésico: preocupaciones hipocondriacas relacionadas con los órganos genitales, ideas de culpabilidad relativas a excesos sexuales auténticos o supuestos. Se trata de un hecho sobre el que el Dr. Ballet insistió con buen criterio y que nos encontramos en varios de los historiales que les acabo de presentar[17].

También recientemente, he tenido ocasión de examinar a un individuo en el que un delirio de persecución sistematizada se relaciona con preocupaciones hipocondriacas anteriores, aparecidas estas tras una operación de fimosis. Se imagina que lo observan de forma burlona, que todo el mundo le ve en la cara, en sus andares, que está circuncidado. Se oye llamar eunuco, castrado. Aunque le resulta muy desagradable, no puede protestar porque es cierto, dice; y para que acabe de una vez esa malevolencia sólo ve una solución: recurrir a una operación que no para de reclamar y que daría a sus órganos genitales su aspecto habitual.

Podemos observar también que, en todos los enfermos, el delirio se acompaña en general de reacciones emocionales de carácter ansioso, mucho más intensas y constantes que en los perseguidos sistemáticos ordinarios.

Además, a menudo percibimos ideas o incluso intentos de suicidio, al contrario que en los perseguidos verdaderos, más frecuentemente abocados al homicidio.

---

17. Las ideas de G. BALLET que comenta SÉGLAS se encuentran compiladas en dos de sus contribuciones más señeras. Por orden de importancia: G. BALLET, «Les psychoses», en CHARCOT, BOUCHARD y BRISSAUD, *Traité de médecine*, Tomo VI, París, Masson, 1894, pp. 1057-1206; G. BALLET y D. ANGLADE, «Mélancolie», en *Traité de pathologie mentale* (Gilbert BALLET, Dir.), París, Dion, 1903, pp. 288-322.

Por último, como bien dice el Dr. Ballet, «si bien estos enfermos no tienen siempre la resignación pasiva del melancólico vulgar, tampoco sufren las iras y los odios de los perseguidos ordinarios. No aceptan alegremente y sin protestar las molestias que se les hacen sufrir; pero, aunque protesten, parece como sí reconociesen que esas pullas son merecidas y, en cierto modo, legítimas». Añadamos, para precisar un poco más, que la última parte de esta observación no se aplica, sin embargo, a los individuos que expresan sus ideas de contenido melancólico como consecuencia y prueba de sus persecuciones, que siguen siendo siempre inmerecidas.

Excepto estos rasgos particulares, la sintomatología y la evolución de la enfermedad no se distingue en absoluto de las de las otras formas de locura sistemática primaria.

4° Señores, los enfermos de los que les acabo de hablar, pertenecen todos al grupo de la locura sistemática primaria crónica.

Pero como ya les dije anteriormente, esta afección podía, en algunos casos, presentarse *en estado agudo*, conservando, además, excepto en eso, sus demás características habituales. Incluso en los casos crónicos, las ideas de persecución, frecuentes también en estos casos agudos, pueden encontrarse asociadas a veces a ideas de contenido melancólico, de autoacusación.

Son, sobre todo, estos hechos los que, debido a su carácter agudo, pueden resultar de difícil diagnóstico y deben diferenciarse cuidadosamente o de la melancolía delirante o de la confusión mental primaria. Ya he tenido ocasión de citarles dos ejemplos[18] y creo que no merece la pena mencionarlos de nuevo.

Para terminar, quería recordarles que existen otros alienados que no entran en el marco de la locura sistemática primaria, aguda o crónica, que pueden presentar no obstante auténticas ideas de persecución, como por ejemplo los alcohólicos. Tampoco es en absoluto extraño encontrar entre ellos, como ya señaló Moeli hace varios años, la presencia de ideas de autoacusación junto a las ideas de persecución habituales. En nuestras reuniones precedentes, les mostré[19] la asociación de estos dos tipos de concepciones delirantes en un alcohólico del servicio[20].

---

18. Ver Lección 14, casos de la Sra. L… y de la Srta. R…, respectivamente pp. 50-55 y 58-67 de este volumen. Séglas cita aquí las páginas del original, 391 y 403.

19. Pág. 377, Lección 13, no incluida en esta selección.

20. [Nota de Séglas] Posteriormente, ROUBINOWITCH hizo una comunicación sobre este punto concreto, en la *Société médico-psychologique* (28 de mayo 1894), tras la cual resumí brevemente los puntos principales expuestos en esta conferencia.

DECIMOCTAVA LECCIÓN

LAS ALUCIONACIONES Y EL DESDOBLAMIENTO DE PERSONALIDAD EN LA LOCURA SISTEMATIZADA. LOS PERSEGUIDOS POSESOS[1]

SUMARIO. — Desde el punto de vista de las alucinaciones, los perseguidos sistemáticos se dividen en distintas categorías:

A. Perseguidos sin alucinaciones.

B. Perseguidos con alucinaciones *sensoriales.* Predominio de las alucinaciones sensoriales; sus variedades. Alucinaciones visuales y sus características. Alucinaciones auditivas, comunes o verbales. Alucinaciones verbales motrices. Evolución general de estas alucinaciones. Trastornos de la sensibilidad general.

C. Perseguidos con alucinaciones *motoras.* Importancia de las alucinaciones motrices, comunes o verbales; impulsiones; fenómenos de bloqueo o de inhibición de la acción; trastornos de la atención. Trastornos de la sensibilidad general. Junto a estos fenómenos *psicomotores* aparecen trastornos sensoriales; alucinaciones visuales, de la sensibilidad genital.

Resumen de las características sintomatológicas principales en esta clase de perseguidos.

Corresponden a un *desdoblamiento de la personalidad*.

Comparación de los trastornos de la personalidad en los perseguidos sensoriales o motores. Intento de interpretación psicológica.

Algunas consideraciones sobre las diferentes variedades de demonomanía.

Las ideas delirantes en los perseguidos motores: ideas de *posesión*, hipocondriacas, de negación, de grandeza; ideas de persecución. Reacciones. Síntomas físicos.

Diagnóstico diferencial: posesión histérica; melancolía delirante con ideas de posesión y de negación; locura sistemática con delirio sensorial de persecución; casos intermedios y de transición.

---

1. [Nota de Séglas] Lección del 19 de marzo de 1894, publicada por el Dr. H. MEIGE (*Annales médico-psychologiques*, julio-agosto de 1894).

Señores,

Al hablar en las anteriores reuniones sobre la locura sistematizada, he llamado su atención acerca de la presencia de ideas de autoacusación junto al delirio de persecución habitual. Hoy estudiaremos algunos casos en los que el delirio de persecución, acompañado de un conjunto de síntomas más específico, en un momento concreto de la enfermedad o incluso en un inicio, adopta una apariencia diferente de los casos clínicos habituales y se muestra más bien como un delirio de posesión.

Los casos más comunes de este tipo son aquellos en los que el delirio se tiñe de un misticismo que recuerda a los antiguos casos de locura religiosa (demonomanía y teomanía).

Aunque estos no sean los únicos como veremos más adelante, sin embargo, al ser los más evidentes, sí merecen ser considerados como punto de partida de nuestro actual estudio.

Estos casos de locura sistematizada sobre los que vamos a tratar, implican en especial la presencia de los siguientes síntomas:

1º Predominio muy acusado de síntomas psicomotores como: alucinaciones motrices, impulsiones variadas, fenómenos de inhibición; 2º mayor frecuencia de alucinaciones visuales; 3º escasa frecuencia de alucinaciones auditivas, principalmente verbales; 4º desdoblamiento muy acentuado de la personalidad; 5º ideas de posesión, con frecuencia de carácter místico.

Estos son los síntomas cardinales que diferencian esta variedad de locura sistematica de aquella en la que aparece el delirio de persecución habitual.

De hecho, el aumento de alucinaciones de una característica especial parece ser el síntoma fundamental.

Así pues, para entender mejor y diferenciar los casos en cuestión, procederemos a examinar los síntomas alucinatorios que se observan habitualmente en la locura sistematizada con delirio de persecución, y de este modo veremos cuáles son las sucesivas formas de transición por las que puede llegarse hasta estas variantes menos conocidas que hoy nos proponemos estudiar.

Señores, desde el punto de vista de sus alucinaciones, los perseguidos sistematizadores se pueden clasificar en varias categorías:

A. — En la primera, los enfermos que nunca tienen alucinaciones, o son muy infrecuentes, aisladas y transitorias. Estos son los *perseguidos perseguidores o perseguidos razonantes* estudiados en Francia por J. Falret, que también fueron objeto de estudio de la tesis de su discípulo el Dr. Potier, grupo en el

que «locura querulante» (*Querulantenwahnsinn)* de los alemanes, los *litiganti,* los *quoerulanti* de los italianos representan la variante más común.

B. — Otro grupo incluye los perseguidos con alucinaciones *sensoriales.*

Con esto no quiero decir, aunque sea el hecho más frecuente, que las alucinaciones sensoriales sean en estos casos las únicas que se manifiestan, sino simplemente que están muy desarrolladas, son predominantes, persistentes y presentan a menudo una evolución progresiva paralela a la de la enfermedad en conjunto.

De este modo, estas alucinaciones sensoriales pueden presentar cualquiera de los aspectos que hemos estudiado al comienzo de las conferencias. Pueden ser elementales, comunes o verbales; por otra parte, pueden verse afectados todos los sentidos en distintos grados. Citaré simplemente las alucinaciones del gusto y del olfato, que son frecuentes y que en general están relacionadas con las ideas de envenenamiento. Además, no es extraño observar alucinaciones genitales.

Los fenómenos alucinatorios que afectan al sentido de la *vista* merecen una mayor atención. Lasègue, que como saben, fue el primero en describir el delirio de persecución, negaba que los enfermos sufriesen de alucinaciones visuales; incluso consideraba de algún modo la ausencia de este fenómeno como un signo patognomónico. Otros autores dieron una opinión contraria y creían que la afirmación de Lasègue era demasiado tajante; en particular, el doctor Mabille ha presentado algunos casos en los que los perseguidos típicos presentaban auténticas alucinaciones visuales.

Este hecho es innegable. Algunos perseguidos con delirios sistematizados del tipo habitual pueden sufrir alucinaciones visuales, pero estas aparecen con una serie de particularidades.

Con ese criterio, los enfermos se pueden clasificar en tres categorías:

a. — En primer lugar podemos dejar a un lado los casos estudiados por Lasègue, que son los más comunes, y que carecen de alucinaciones visuales.

b. — En otro apartado, hay casos en los que observamos la existencia de alucinaciones visuales, que pueden deberse a un factor añadido. Efectivamente, en los perseguidos podemos encontrar varios delirios coexistentes (como el mismo Lasègue había señalado). El síntoma alucinatorio puede tener entonces un origen distinto de la locura sistematizada, como por ejemplo el alcoholismo, imprimiéndole su sello particular, lo cual permite relacionarlo con su verdadera causa. Además, cuando los histéricos sufren de locura sis-

tematizada con ideas de persecución, pueden tener alucinaciones visuales, pero estas son más bien fruto de la histeria misma.

c. — Finalmente, las alucinaciones visuales pueden producirse sin que haya ningún otro factor mórbido, y pertenecer exclusivamente a la locura sistematizada. Tienen entonces algunas características particulares, y en los casos habituales son relativamente poco frecuentes; además, casi no se presentan más que en estado elemental o bajo la forma común. Los enfermos ven llamas, iluminaciones u objetos más o menos claros. Por cierto, hay que señalar que no se dejan engañar por estos fenómenos; en cierto modo, los juzgan como son. Aunque los interpretan siguiendo el sesgo de sus creencias delirantes, pese a ello saben y declaran que son sensaciones falsas. «Mis enemigos —dicen por ejemplo— *me hacen ver* ciertas cosas, pero sé claramente que no existen; es fantasía, *física,* estoy totalmente seguro de que no son verdad».

Aquí, al contrario de lo que ocurre con las alucinaciones auditivas, vemos que el individuo se da cuenta totalmente de que sus sensaciones no tienen relación con un objeto que existiese realmente. Hay, por tanto, entre los fenómenos alucinatorios visuales y auditivos, una diferencia importante desde el punto de vista de la consciencia de su carácter patológico, conservada hasta cierto punto en lo que a las falsas sensaciones visuales respecta.

Señores, es en el sentido del oído donde se dan los fenómenos alucinatorios más importantes. Son, en un comienzo, alucinaciones elementales que hacen que los enfermos oigan ruidos indefinidos. Generalmente, ellos las traducen con onomatopeyas (boom, crac, huy-huy-huy)

En otros casos, se trata de alucinaciones auditivas comunes; el ruido percibido es puesto en relación con un objeto particular bien identificado: ruido de pasos, el silbido del tren, campanadas, tiros de escopeta, etc.

Por último, existen alucinaciones auditivas verbales que, en orden cronológico, son generalmente las últimas y que con frecuencia presentan una evolución progresiva. En primer lugar, el paciente sólo oye palabras aisladas, frases muy cortas, siempre con el mismo significado y, a veces incluso casi estereotipadas. Estas, al principio, son bajas, susurradas y confusas; más tarde, las *voces* se vuelven cada vez más claras. Ya conocen ustedes ese repertorio de insultos burdos que, al comienzo, tienen que soportar casi todos los perseguidos. Después la alucinación se va desarrollando más; se trata entonces de un monólogo del perseguidor que el paciente está obligado a oír. A veces incluso se trata de un discurso interminable que debe sufrir sin esperanza alguna de zafarse de ello.

Pero las cosas se complican aún más. Si los perseguidores son numerosos, si forman una *banda,* ya no se trata de un monólogo, sino de un diálogo, una conversación ruidosa. Los interlocutores pueden dirigirse directamente al perseguido y hablar entre ellos vituperándole.

Entre las voces que oye el perseguido, las hay que son nuevas y desconocidas para él; otras reproducen inflexiones que le suenan, le son familiares y sabe reconocerlas.

Algunas veces esas voces no se diferencian en nada de las palabras reales que el enfermo puede oír; otras veces éste las distingue por algunas características invariables, de timbre, de intensidad, etc.

A veces ocurre que todos los perseguidores tienen la misma opinión y se ponen de acuerdo para causarle así toda clase de desgracias.

Sin embargo, en otros casos, los interlocutores discuten entre ellos, unos a favor y otros en contra. Junto a los perseguidores hay también defensores, y junto a las ideas habituales de persecución, encontramos algunas de las ideas especiales que ya les había señalado anteriormente bajo el nombre de *ideas de defensa.*

A veces las voces se oyen a la vez en los dos oídos: la alucinación es, entonces, bilateral. En algunas circunstancias se vuelve unilateral, el paciente percibe las voces sólo por un único lado. Las alucinaciones pueden ser también bilaterales, pero de carácter contrario a cada lado, percibiendo el sujeto por un oído únicamente las calumnias y los insultos de sus perseguidores, mientras que el otro lado queda reservado a las palabras de consolación pronunciadas por los defensores.

Cuando las alucinaciones verbales auditivas persisten durante un cierto tiempo, el enfermo llega a padecer el fenómeno que se conoce bajo el nombre de *eco del pensamiento.* Acusa a las personas que lo rodean de conocer sus pensamientos más íntimos y secretos y de decirlos en voz alta, de manera que los oye incluso antes de hayan tenido tiempo de pronunciarlos.

Hay que señalar que las voces, que provienen de todos lados, del techo, de las chimeneas, de distancias más o menos largas y que acompañan al enfermo en sus recorridos, se oyen tanto en mitad del silencio como del ruido, en mitad de la noche como del día y son causadas siempre por interlocutores que permanecen invisibles a sus ojos. Él mismo confiesa que, a pesar de sus tentativas, no ha cogido *in fraganti* a los individuos que le hablaban. El sentido de la vista no es cómplice del sentido del oído, excepto en muy extrañas ocasiones en las que encontramos estas alucinaciones en otros vesánicos que ven y oyen a sus interlocutores al mismo tiempo. Esto explica la expresión utilizada con frecuencia por los perseguidos para referirse a sus voces: «Mis secretos, mis invisibles».

A medida que evoluciona la enfermedad, las alucinaciones verbales pueden cambiar de características.

Podemos, entonces, comprobar la presencia de las alucinaciones verbales *motrices.* La alucinación auditiva no desaparece por ello; al contrario, permanece generalmente, y con frecuencia aparecen asociaciones o combinaciones alucinatorias del mismo tipo que las que hemos estudiado con anterioridad; pero, hecho importante de tener en cuenta, las alucinaciones motrices quedan relegadas a un segundo plano y sólo aparecen a rachas. Incluso un gran número de perseguidos no las han tenido jamás.

Ahora, señores, si lo consideran oportuno, echaremos un vistazo rápido a los fenómenos alucinatorios, ruidos o voces, que acabo de analizar y cuya evolución, con frecuencia progresiva, les acabo de mostrar. Apreciarán claramente que el orden de aparición corresponde con exactitud a la formación de las ideas y al desarrollo del lenguaje en el niño. En primer lugar aparece la alucinación auditiva elemental, después la común, la verbal auditiva y, en último lugar, la verbal motriz.

Ahora bien, ¿qué ocurre durante el nacimiento y el perfeccionamiento del lenguaje en el niño? Éste no tiene más que una vaga sensación de sonido elemental, sonido en bruto; después surge la noción del objeto que produce ese sonido. Más tarde, al ir oyendo hablar a los demás, empieza asociando la imagen auditiva verbal a la imagen auditiva común. A continuación, él mismo intenta repetir las palabras que oye, asocia a su vez la imagen verbal motriz a la imagen auditiva verbal.

Como ven, se trata del mismo curso progresivo; el desarrollo de las alucinaciones en los perseguidos sensoriales sigue exactamente la misma evolución que en la función del lenguaje en el niño.

Hay también en el perseguido sistemático trastornos de la *sensibilidad general.* Son falsas sensaciones, usualmente dolorosas, que afectan a la sensibilidad periférica o visceral. Es importante señalar a este respecto que los pacientes no creen que sus órganos estén irremediablemente dañados. Los trastornos sensitivos, aunque a veces estén presentes durante mucho tiempo, aparecen por intervalos paroxísticos o bien no dejan secuelas perdurables. A medida que una parte del cuerpo se ve afectada, parece experimentar un proceso de regeneración que cura sus heridas. He aquí un hecho importante que pronto tendré la ocasión de examinar de nuevo.

Sin embargo, hay que señalar que algunos individuos, perseguidos pero al mismo tiempo hipocondriacos, sufren desórdenes crónicos en diferentes

órganos. Los trastornos de la sensibilidad general y principalmente visceral serán, entonces, mucho más persistentes. Existen casos entonces en que, igual que ocurre con los perseguidos hipocondriacos razonantes, no hay trastornos alucinatorios relacionados con los sentidos especiales[2]. Por eso estos alienados podrían considerarse como transición entre los perseguidos con alucinaciones de la categoría anterior y las que vamos a tratar ahora.

C.— En efecto, señores, hay una última categoría en la que, al contrario de lo que ocurre en los perseguidos sensoriales, los fenómenos alucinatorios de carácter *motor* ocupan, con frecuencia desde el inicio, una posición predominante en la sintomatología, mientras que las alucinaciones auditivas quedan relegadas a una posición muy secundaria, a veces incluso tan oculta que no puede evidenciarse. Apenas son más frecuentes que las alucinaciones visuales en los enfermos del grupo anterior. Estas dos formas de alucinaciones (visuales y auditivas), por otra parte, pueden coexistir, como veremos en estos casos que tienen alucinaciones motrices.

Sin embargo, estas últimas, muy acentuadas, repetitivas y casi continuas, son las que constituyen el síntoma más sobresaliente del cuadro clínico y dirigen por completo la escena patológica.

Al principio, son alucinaciones verbales motrices que se presentan con todas sus características y en todos los grados de intensidad que hemos examinado detenidamente en nuestras anteriores reuniones en cuanto al estudio concreto de este síntoma.

No obstante, las alucinaciones motrices no afectan solamente a la función lenguaje, sino que encontramos toda clase de alucinaciones motrices comunes. Los pacientes, en efecto, comunican con frecuencia sensaciones de desplazamiento de una parte o de todo el cuerpo, o ciertos movimientos que se sienten empujados a llevar a cabo o que creen realizar aunque en realidad permanecen inmóviles.

Dicen que los lanzan de izquierda a derecha, les tiran de la lengua, les contraen las manos, los sacuden y los vuelcan de sus camas, que giran y bailan; sienten una atracción que les tira de la silla donde están sentados, caen por precipicios; etc.

Con frecuencia, estos síntomas son incluso mucho más acusados y alcanzan su mayor grado de intensidad, presentándose como verdaderas *impulsiones.*

2. Es decir, vista, oído, gusto, olfato y tacto. Sólo tienen alteraciones de la sensibilidad «general» (propioceptiva y enteroceptiva).

Los enfermos cuentan que una fuerza mucho mayor que la suya que les empuja a hacer cosas que no desean: salir, correr, andar sin parar, beber y comer sin razón alguna, levantarse, moverse de sitio, viajar, causar daño a las personas de su entorno. Condenan y luchan inútilmente contra estos actos que se sienten obligados a realizar, como si estuviesen electrizados.

De igual modo, tienen impulsiones verbales que les hacen hablar en voz alta, decir cosas que no tienen intención de decir y que les parecen totalmente extrañas, a menudo lo contrario de su propio pensamiento.

En otros casos, en cambio, el pensamiento se les escapa y lo verbalizan a su pesar en todos los grados de intensidad posible. Es el fenómeno que les señalé anteriormente bajo el nombre de *fuga o escape del pensamiento,* frecuentemente confundido con el eco del pensamiento.

Frente a estas impulsiones variadas, hay otros síntomas de idéntica naturaleza, pero que presentan un aspecto contrario al de los fenómenos de bloqueo y de inhibición.

Les impiden, según los enfermos, hacer lo que quieren, les sujetan la mano cuando trabajan, se sienten inmovilizados, petrificados en medio de sus movimientos que permanecen inconclusos.

Estos diferentes síntomas no hacen sino traducir una profunda afectación de la voluntad. Frecuentemente, los sujetos lo manifiestan ellos mismos cuando pretenden que se les priva de su voluntad. Son demasiado débiles para luchar, se sienten dominados y han perdido sus facultades.

Todos estos fenómenos, señores, no se manifiestan solamente en el terreno de la voluntad en tanto que regidora de los movimientos, sino que controlan también su lado intelectual.

De este modo, los enfermos se quejan, a veces, de no poder ya pensar nada de forma seguida, de ser continuamente distraído de sus ideas personales a causa de una corriente de ideas que les resultan completamente ajenas o contradictorias. O bien les quitan el pensamiento: si tienen una idea, ésta desaparece y se quedan como aturdidos. Si no pueden expresarla, ya no es, como en los casos anteriores, porque una fuerza interior se oponga a los movimientos articulatorios necesarios, sino porque su pensamiento es fugaz e inestable.

Síntomas semejantes son debidos evidentemente a un trastorno de la atención — que no es sino la aplicación de la voluntad a los fenómenos de ideación — y no hacen sino sacar a la luz el mal funcionamiento de la síntesis mental que es la base de todas nuestras operaciones intelectuales, voluntarias y conscientes.

Este fallo de síntesis mental puede darse, a veces, a propósito de los actos relacionados con la percepción. De esta manera, una de nuestras alienadas pretende que sus ojos están fijos, inmóviles y que no pueden girar; así que para ver un objeto en su conjunto está obligada a mover toda la cabeza. No obstante, no es así, y en el momento en que quiere hacernos una demostración de su declaración, comprobamos claramente movimientos en los globos oculares aunque la enferma, sin embargo, asegure que permanecen inmóviles. Es bastante probable que sea el resultado de que, dentro del conjunto de las diversas sensaciones kinestésicas inherentes a los movimientos complejos que acaba de realizar, no haya sintetizado o asimilado en su consciencia personal las relativas a los movimientos del globo ocular.

Entre todos los síntomas que acabamos de examinar y que podemos calificar con el adjetivo general de *psicomotores,* conviene establecer una semejanza entre los que se presentan en el terreno de la sensibilidad general o visceral y los que pueden afectar a la sensibilidad muscular[3], porque mantienen estrechas relaciones.

En efecto, hay que señalar que, si bien se pueden encontrar los mismos trastornos de sensibilidad general o visceral en los perseguidos sensoriales y motores, existen, sin embargo, algunas diferencias en su intensidad recíproca. En el primer caso, los enfermos se quejaban ante todo de sensaciones dolorosas, de quemaduras, de picores, de hormigueos, etc. En el segundo, por el contrario, prevalecen las sensaciones de pesadez, ligereza, vacío, crecimiento o encogimiento, etc. Del mismo modo, los trastornos de la sensibilidad visceral son aquí mucho más acusados que en el perseguido sensorial, que sufría más bien trastornos de la sensibilidad general periférica. Finalmente, todos estos trastornos cenestésicos, sean cuales sean, tienen en el perseguido con alucinaciones motoras una constancia más perdurable, una continuidad, a veces incluso una cronificación estable, que no tienen en el perseguido sensorial corriente, a menos que, como decía antes, sea realmente hipocondriaco.

Señores, acabamos de examinar, en los enfermos que estamos tratando los fenómenos motores. Veamos ahora los fenómenos sensoriales.

Ya comenté al principio que en los perseguidos sensoriales las alucinaciones auditivas, frente a las motrices, quedaban relegadas a un segundo plano. Con frecuencia sólo se presentan bajo una forma elemental o común. Cuando hay alucinaciones verbales auditivas pueden mostrarse, según los casos, con

3. Es decir, la sensación de posición, tono muscular y movimiento (*kinestesia*).

bastante frecuencia al comienzo de la enfermedad, para luego desaparecer completamente al cabo de algún tiempo, o simplemente persistir como combinación alucinatoria con una alucinación motriz. Otras veces son muy escasas; una de nuestras alienadas no ha tenido más que tres durante ocho años de enfermedad.

Por el contrario, las alucinaciones visuales son bastante normales, al revés de lo que ocurre con las manifestaciones sensoriales; algunas veces incluso son numerosas y repetitivas. Por otra parte, si en algunos casos conservan las características un tanto particulares que tienen cuando aparecen en los perseguidos, pueden también otras veces no diferenciarse en nada, desde el punto de vista psicológico, de las alucinaciones visuales clásicas.

Estas alucinaciones son, muy a menudo, elementales o comunes, a veces incluso verbales. Cuando consisten en alucinaciones comunes, frecuentemente se tiñen de un color místico: visiones del diablo, de la virgen, del paraíso, del infierno, etc.

Hay que señalar también que, en estos casos, al contrario de lo que habíamos visto en los perseguidos sensoriales, las visiones del enfermo se asocian a menudo a sus voces, y los personajes que se le aparecen se comunican con él a través de una alucinación verbal, más frecuentemente motriz o auditiva, a veces incluso visual.

Encontramos también a menudo, incluso desde el principio, alucinaciones genitales repetitivas y que seguirán persistiendo.

En cuanto a las alucinaciones del gusto y del olfato, no se diferencian en nada de las que afectan a los mismos sentidos en los perseguidos sensoriales.

Señores, ustedes pueden ya apreciar las diferencias que existen, desde el punto de vista de las alucinaciones, entre estos perseguidos y los perseguidos sensoriales de tipo común, diferencias que en sus relaciones pueden resumirse así:

1º Predominio de trastornos psicomotores de toda clase, como fallos de síntesis mental, fenómenos de bloqueo o inhibición, impulsiones y alucinaciones motrices de todas clases. Estos fenómenos, que pueden desarrollarse una vez avanzada la enfermedad, existen siempre desde el principio, pero menos acentuados; también hay algunos casos en que alcanzan de golpe su máxima intensidad.

2º Diferente distribución y características un poco especiales de los trastornos cenestésicos.

3º Menor frecuencia o incluso total ausencia de alucinaciones auditivas verbales.

4º Mayor desarrollo de las alucinaciones visuales.

Si profundizamos más en el estudio, vemos que a todos estos diferentes síntomas les corresponde un estado de desintegración psíquica más o menos destacado, un verdadero *desdoblamiento de personalidad.*

Señores, no quiero insistir en la génesis de este trastorno psicopático, pero intentaré explicarles por qué es tan acentuado en los perseguidos *motores*, mientras que en los perseguidos *sensoriales* queda reducido al mínimo.

Esto, creo, se debe principalmente a la propia diferencia de los fenómenos alucinatorios, analizados en su conjunto y en sus características particulares.

Desde el punto de vista de la psicología, es incuestionable que las alucinaciones sensoriales representan una lesión de la personalidad, pues es un fenómeno subjetivo cuya naturaleza, también subjetiva, es desconocida para el enfermo. Se trata de un estado de conciencia particular que no se asimila y, por eso en este caso, la personalidad del enfermo, su «yo», sufrió sin duda un deterioro.

Pero este deterioro sólo es superficial, ya que el conjunto coordinado de funciones que constituyen la personalidad apenas está afectado. Si bien es cierto que nos encontramos ante un estado de conciencia extraño al yo, sólo se trata de una alienación parcial, y mientras que este fenómeno permanezca igual, no puede ser por su propia naturaleza una base sólida para la formación de una nueva personalidad.

Además, los sentidos externos intervienen únicamente de forma secundaria en la concepción de la personalidad, cuya base primera está en la sensación del cuerpo, la cenestesia. Aquéllos la delimitan, la condicionan, pero no la constituyen. Su aportación es secundaria, sólo dan información sobre lo exterior y no sobre lo interior. Son el origen del conocimiento pero no de la conciencia del «yo».

Como acertadamente señala Ribot, en estado de normalidad, el individuo que siente y que piensa se adapta a su medio. Entre el conjunto de estados y relaciones internas que forman la mente, y el de estados y relaciones externas que conforman el mundo exterior, existe una correspondencia, una adaptación. En el alucinado sensorial, esta adaptación se destruye. De ahí los juicios falsos, es decir, desadaptados; pero eso es una enfermedad de la razón más que de la personalidad.

La forma clínica sensorial del delirio de persecución, con su correspondiente evolución anormal de la personalidad, representa desde un inicio una falta de adaptación al medio exterior, una percepción inexacta de la humanidad que va *in crescendo* hasta llegar a las ideas delirantes cuyas alucinaciones sensoriales no son más que su máxima expresión.

Además, la escasa influencia de las alucinaciones sensoriales en la formación de la personalidad se pone muy en evidencia por medio de la exploración clínica de los enfermos. Señores, exploren ustedes, a los perseguidos que solamente tienen alucinaciones sensoriales, incluso los casos más graves. Todo ocurre fuera de ellos. Aunque perciban voces enfrentadas que dialogan, aunque oigan a sus defensores responder a sus perseguidores, aunque parezca haber dos síntesis mentales enfrentadas, la personalidad apenas está dañada. Como bien dijo Cotard, lo que hacen es objetivar el automatismo en el mundo exterior. Sin experimentar ningún cambio interior, presencian la batalla que, según creen, ocurre en su exterior. Su delirio nos los muestra como anormales cuya personalidad se transforma o evoluciona en determinado sentido, lógico en cierto modo. Su personalidad puede sufrir algunos daños superficiales y transitorios, pero no se desdobla en el sentido estricto de la palabra.

Por otra parte, si estudian la génesis y la naturaleza de las alucinaciones en los perseguidos sensoriales, verán que estas sólo reproducen el propio pensamiento del enfermo, y que no son más que el reflejo de las preocupaciones delirantes inherentes a la constitución del individuo. Chaslin ha desvelado con acierto el carácter del perseguido, siempre desconfiado, suspicaz, siempre alerta, adaptando a su delirio sin más consideración todas las sensaciones normales que experimenta. Así nacen tanto las ideas delirantes como las ilusiones. Después, algo más tarde, el delirio adopta una forma alucinatoria que no es más que el resultado de las propias ideas delirantes del enfermo.

Comprenderán por tanto que en estos casos no puede producirse un desdoblamiento de personalidad, ya que la alucinación sensorial tiene una relación directa con la base intelectual del propio individuo.

E incluso tomando el caso más extremo, el del eco del pensamiento, en el que parecería que la personalidad debe estar gravemente afectada, vemos que el enfermo, aunque no advierta el carácter subjetivo de la sensación auditiva que percibe, sigue, sin embargo, atribuyéndose a sí mismo ese pensamiento que oye repetir. «Ellos se apropian de mí —dicen—, repiten *mi* pensamiento».

Examinen también los actos del perseguido sensorial; son acciones lógicas, siempre en perfecto acuerdo con sus pensamientos. Siente, piensa y actúa siempre en la misma dirección.

Pero, me dirán ustedes, no hay nada de sorprendente en que la personalidad no sufra cambios profundos debidos a las alucinaciones sensoriales, puesto que admitimos, de buen grado, que la aportación de los sentidos externos es secundaria.

Sin embargo, ¿no tienen, entonces, estos enfermos trastornos de la personalidad como consecuencia de los desórdenes de la sensibilidad general y particular que afectan a la cenestesia, base fundamental de la personalidad? Sin ninguna duda. Parece, no obstante, que al igual que las alucinaciones sensoriales, estos nuevos síntomas, aunque modifiquen de una manera más evidente la personalidad del individuo, no sirven como pilar para la formación de una nueva personalidad que coexista junto a la anterior, es decir, no son el fundamento de un verdadero desdoblamiento. Puede haber a lo sumo una transformación, una disolución progresiva de la personalidad primera, pero no hay en absoluto una organización de una nueva personalidad que coexista con a la anterior, que tenga de alguna forma su propia autonomía.

¿Por qué ocurre esto? Lo ignoro.

Quizás podríamos recurrir a este respecto a un hecho frecuente en los perseguidos, que imaginan que se les perjudica en su salud física. Se trata de que los órganos nunca son dañados profundamente por esos ataques; o si lo son, estas modificaciones o destrucciones son efímeras y se reparan a medida que se producen. Así que pueden resistir casi indefinidamente los reiterados ataques. Esto indica que no se trata de síntomas muy profundos, definitivos, capaces de servir de base a la formación de una nueva personalidad.

Este dato de la resistencia y la restauración de los órganos afectados es revelada, con frecuencia, por las ideas delirantes de defensa.

Les pondré el ejemplo de una perseguida típica que sufre desde hace años continuos trastornos de la sensibilidad general. Estos trastornos no producen en ella ningún daño importante de la personalidad. Unos bienhechores que la defienden se ocupan de reparar los daños causados por los perseguidores. Al día siguiente, aparecerán nuevas destrucciones de huesos o de partes blandas que pronto cicatrizarán a su vez.

Estas ideas antagonistas de defensa y de persecución representan, ciertamente, como en las alucinaciones dialogadas con opiniones contrarias, la lucha de dos mentes enfrentadas. Pero, aunque éstas actúen sobre la personalidad física del enfermo, éste siempre objetiva el origen como externo a sí mismo, sitúa tanto a sus defensores como a sus perseguidores fuera de él. Así pues, igual que su personalidad moral, su personalidad física dañada resiste por mucho tiempo. Aunque sufra cambios transitorios, o incluso transformaciones más persistentes, su personalidad no se ve invadida, no se desdobla en una segunda personalidad que se organice definitivamente y actúe por cuenta propia junto a la anterior.

Sin embargo, señores, encontramos perseguidos en los que el desdoblamiento de personalidad es un hecho innegable. Es entonces cuando intervienen, además de los trastornos cenestésicos, algunos fenómenos que acompañan a las formas clínicas motoras, como las alucinaciones motrices comunes o verbales. Y además es necesario que todas estas manifestaciones no aparezcan de modo aislado ni sean transitorias, sino que se aproximen, por su intensidad y su frecuencia, a lo observado en los perseguidos motores. Sin esto, el desdoblamiento de la personalidad sería inestable, intermitente y momentáneo.

Las alucinaciones motrices, en efecto, afectan a la cenestesia, que, como saben, conforma la base fundamental de la personalidad, y esto es porque atañen a la sensibilidad muscular, uno de los elementos de la cenestesia.

Estas alucinaciones no proporcionan datos del mundo exterior, sino acerca de los hechos íntimos, del interior; si empleamos la misma palabra utilizada por los enfermos, son fenómenos «interiores».

Por otra parte, refiriéndonos a lo que puede llegar a ser su máximo grado, las impulsiones, fenómenos típicos del automatismo, vemos que manifiestan el daño sufrido por la voluntad, cuyo ejercicio no es de hecho más que la ejecución de movimientos musculares previstos y determinados para producir un efecto que es también previsto y determinado. Ahora bien, conocemos el papel considerable que juega el esfuerzo volitivo en la formación del yo.

Los fenómenos contrarios de bloqueo de la acción o inhibición tienen el mismo valor psicológico y actúan en el mismo sentido. Además su acción sobre la personalidad es más profunda, llegando a producir un verdadero desdoblamiento.

El individuo no sólo se encuentra entorpecido en todas sus manifestaciones intelectuales, sino que también aparecen en él otras manifestaciones directamente opuestas a aquellas. Estas manifestaciones involuntarias le parece que vienen de una región de la mente que se encuentra oculta para su yo, de la cual muchas veces, incluso, no existía una consciencia anterior a su traducción al exterior. Le parecen extrañas por el mismo hecho de que se imponen sobre su propio pensamiento y, frecuentemente, son opuestas a éste, pareciendo tener una existencia independiente.

A veces esto se evidencia de la manera más clara a través de las expresiones usadas por los enfermos a este respecto.

Les mencioné, por ejemplo, que quien presente el fenómeno conocido como *eco del pensamiento,* cuando dice que oye su pensamiento como dicho en voz alta por alguien, que se lo roban, reconoce de manera implícita que sigue siendo suyo. «Me roban *mi* pensamiento» dice.

En los perseguidos en los que predominan las alucinaciones motrices ocurre al contrario, pierden la noción de su personalidad y se expresan en tercera persona: «*Ellos,* o incluso *alguien,* hablan a través de mi lengua, me hacen decir cualquier cosa, pero yo no la he pensado». A veces, incluso, extendiendo el uso de la forma reflexiva impersonal del verbo, como una enferma que ya les presenté, dirán hablando de ellos mismos: «se habla, se hace cualquier cosa sin saber por qué». Estas expresiones variadas muestran claramente que no consideran estos síntomas como algo ligado a su «yo», no los dan entrada en el esquema de su personalidad individual, y aunque por una parte reconozcan su carácter interior, les atribuyen, sin embargo, una existencia independiente.

Incluso a veces las cosas van más allá y la separación de las dos personalidades, el desdoblamiento es absolutamente total, tal y como aparece en algunas manifestaciones psicológicas muy próximas a las alucinaciones motrices.

En las alucinaciones verbales motrices y en las impulsiones verbales, por ejemplo, el sujeto percibe palabras a través de los movimientos articulares correspondientes que ahora son involuntarios, aunque intente en vano oponerse a ellos y no pronunciar palabras contra su voluntad. Pero aunque el pensamiento que dicta esos movimientos es extraño a su «yo», los movimientos articulatorios que lo traducen, pese a ser completamente involuntarios, resultan ser conscientes para él. Es consciente de que se ejecutan, pero no puede oponerse a su ejecución.

En otras circunstancias, estos movimientos ya involuntarios se vuelven además inconscientes, exactamente igual que el pensamiento que traducen. Esta inconsciencia produce también para los movimientos articulatorios mentales poco marcados que acompañan a la alucinación motriz. Podemos encontrarla también a pesar de que los movimientos articulatorios sean lo bastante intensos como para que se pronuncie realmente la palabra, en voz alta o baja, pero teniendo siempre el suficiente volumen como para poder alcanzar el oído del observador y el del sujeto mismo. Desconocedor de su propia voz, no hace sino oír las palabras que acaba de decir, sin darse cuenta de que él mismo las has emitido. Es pues un habla involuntaria e inconsciente, a la que podemos asemejar la escritura o a cualquier otro acto con las mismas características.

Los fenómenos de este tipo, aunque son menos frecuentes, muestran claramente, en los casos que examinamos, hasta dónde puede llegar la escisión, el desdoblamiento de personalidad.

Además, a medida que avanza la enfermedad, los síntomas de la personalidad física, en los cuales los anteriores tienen su base primera a través del

sistema muscular, no hacen más que acentuarse. Las distintas alteraciones que ocurren en el terreno de la sensibilidad general y sobre todo visceral, se organizan entonces y constituyen otras tantas adquisiciones a favor de la nueva personalidad. De este modo, ésta crece y acaba por proporcionar al enfermo la convicción de la existencia de un ser extraño que invade su pensamiento, que actúa sobre sus órganos, que incluso vive en su propio cuerpo. Ya les señalé que los trastornos de la sensibilidad general ya no poseen aquí el carácter intermitente que tenían en los otros casos, sino que son mucho más tenaces, a menudo incluso persistentes; además sus consecuencias tampoco son ya transitorias sino definitivas.

En lo relativo a las alteraciones de la personalidad, la diferencia es fácil de detectar, y es capital.

Sin embargo, señores, no querría marcar un surco demasiado profundo entre las formas motrices y sensoriales. Existen casos intermedios que relacionan los dos extremos entre sí.

Un perseguido sensorial puede, efectivamente, presentar en alguna fase de su delirio síntomas de incoordinación parcial o transitoria de la personalidad. En otros, modificándose la sintomatología de la enfermedad durante un cierto tiempo en el sentido que venimos estudiando, se produce un verdadero desdoblamiento de personalidad. Finalmente, en algunos otros aparece de manera muy acusada desde el principio, junto a los síntomas en cuestión.

Bajo la influencia de ese desdoblamiento de la personalidad, el enfermo expresa *ideas delirantes* particulares.

Para empezar a hablar de ello, decía a este respecto en anteriores trabajos monográficos[4] que podrá creerse que se trata de simples ideas de persecución, en general bastante sistematizadas. Sin embargo, hay que señalar que estas ideas de persecución tienen un tinte particular, místico, así como la fraseología que adoptan estos enfermos, y traducen de algún modo la coerción que sienten, los trastornos de su personalidad. Atribuyen sus tormentos a las brujas, a los sacerdotes, a la teología sagrada o demoníaca, culpando a los espíritus, al espiritismo, a la sugestión, se dicen «*ensabbatados*»[5]. Dado su

4. [Nota de Séglas] J. SÉGLAS, «Varieté psycho-motrice des délires de persécution» (*Ann. méd.-psych.*, enero de 1893, pag. 111). J. SÉGLAS y G. BROUARDEL, *Persécutés auto-accusateurs et persécutés possédés* (Congreso de la Rochelle y *Arch. de Neur.*, 1893).

5. Neologismo procedente de *sabbat*, ceremonia y fiesta colectiva de las sectas satánicas. Equivaldría a 'endemoniados'.

contenido y estando su fundamento psicológico conformado por los diferentes trastornos psicomotores enumerados anteriormente, estas ideas se alejan de las habituales de persecución, y, teniendo en cuenta diferencias debidas a la educación y al medio social, se aproximan mucho a las *ideas de posesión,* antiguamente observadas con frecuencia.

Estas ideas de posesión las encontrarán muy bien descritas por los autores clásicos, especialmente cuando hablan de la *demonomanía.*

En relación con esto, señores, permítanme hacer una breve digresión para mostrarles a qué clase de demonomaniacos corresponden los casos que vemos hoy en día.

Aunque, por su etimología, la palabra *demonio* (δαιμων) significa simplemente espíritu, genio, inteligencia, y no debe tomarse en el mal sentido, el término *demonomanía*, en todas la obras en las que lo encuentren, se aplica a los delirios en los que sólo intervienen los demonios maléficos.

En cuanto al significado del término *demonomanía,* debe tomarse, como indica Ritti, en su acepción más extendida de simples concepciones delirantes en las que el diablo y el infierno juegan un papel primordial. Sería demasiado restrictivo tomar exclusivamente este término como sinónimo de ideas de posesión demonomaníaca.

Al comparar las observaciones de los autores cásicos, comprobarán ustedes, en efecto, que muchos de sus demonomaníacos no están, en absoluto, poseídos, sino que expresan ideas delirantes muy diferentes y, por el conjunto sintomático y la evolución de su enfermedad, aparecerían en categorías muy diversas dentro de las nomenclaturas psiquiátricas actuales.

Además, algunos autores, basándose principalmente en la naturaleza de las ideas delirantes, ya habían intentado describir algunas variedades dentro de la demonomanía.

En primer lugar, encontramos la *demonomanía* de Macario, que corresponde más o menos a la *demofobia* de Guislain, al terror a la condenación de Leuret. Por consiguiente, las ideas delirantes difieren totalmente de aquellas que hoy estudiamos en estos enfermos y pertenecen al delirio melancólico.

Así pues, vieron ustedes a una enferma con un cuadro de melancolía delirante y que había llegado al delirio de negación, y les hablé de las ideas de condenación que mantiene hasta hoy. Repite continuamente que será condenada a gravísimos castigos, que irá al mayor de los infiernos por haber provocado la desgracia en el mundo.

Pondremos estos temores de condenación en vecindad con la idea de haber causado la condenación de otro. Su valor semiológico es el de todas

las ideas de autoacusación que hemos estudiado detenidamente desde este punto de vista.

A continuación, encontramos la demonomanía, o mejor dicho, *demonopatía,* que podemos dividir en dos categorías con Macario, Dagonet, Ritti, etc.: la demonopatía *externa* y la demopatía *interna.*

La demonopatía es la persecución por el demonio, y puede manifestarse en dos formas que justifican la división anterior.

En la primera el demonio se sitúa fuera del enfermo, y lo atormenta desde el exterior. Entonces el enfermo está expuesto a toda clase de alucinaciones sensoriales: escucha la voz del demonio (alucinaciones auditivas), lo ve (alucinaciones visuales), huele su hedor a azufre (alucinaciones olfativas), sufre sus golpes (alucinaciones de la sensibilidad general) o sus toqueteos (alucinaciones genitales; íncubos y súcubos). En este caso, el enfermo se encuentra en la misma relación con el demonio que los perseguidos sistemáticos comunes con otros tipos de perseguidores (jesuitas, policía, francmasones, etc.).

Así pues, esta forma que constituye la demonopatía externa se corresponde exactamente con la locura sistematizada con delirios de persecución, aunque con la particularidad de que las alucinaciones de la vista y las genitales parecen estar mucho más desarrolladas.

En la forma interna de la demonopatía es no ocurre igual: aquí, sin duda, se trata también de una persecución por el demonio, pero éste ya no está como antes fuera del enfermo, sino que ahora está dentro de él. Ya no se trata de la persecución, la simple obsesión[6], sino de la *posesión* demoníaca que encontrarán ustedes tan sinceramente descrita en la historia de los antiguos posesos. El enfermo no sólo escucha la voz del diablo y sufre sus vejaciones, sino que también lo lleva dentro de sí, se ha convertido en su guarida, en su esclavo; debe someterse a su voluntad y llevar a cabo las acciones que le ordena. Ya no posee siquiera el control de sus pensamientos. El demonio es el único que habla, actúa, piensa, sin que el poseso pueda enfrentarse a su todopoderosa influencia.

Esta demonopatía interna, estas ideas de posesión demoníaca pueden encontrarse, ya sea de forma aislada o epidémica, entre los trastornos delirantes de los histéricos, y sin duda ustedes conocen las numerosas descripciones de este tipo de epidemia escritas por los autores clásicos.

También pueden existir dentro de la melancolía junto con los temores de condenación; un enfermo de melancolía delirante puede ser a la vez demonómano y poseso. El propio tema de las ideas delirantes les permitirá realizar el diagnóstico.

6. Evidentemente, aquí 'obsesión' no tiene nada que ver con el concepto de idea obsesiva.

Finalmente, y éste es el tema de nuestro estudio, estas ideas pueden aparecer en la locura sistematizada. Sin embargo, creo que debido a una generalización excesiva algunos autores agrupan a todos los demonópatas dentro de los perseguidos sistemáticos sin hacer distinciones. Si bien esto es así –y tampoco del todo– para la demonopatía externa, creo que los casos de demonopatía interna, los posesos que estamos estudiando, merecen una descripción aparte y deben distinguirse como una variante. Extenderé de buen grado esta opinión a todas las formas místicas de la locura sistemática.

Junto a la demonopatía interna y al delirio de posesión, y apareciendo en las mismas y variadas circunstancias, podemos situar la *demonomanía vera* [verdadera], en la que el enfermo no sólo cree estar poseído por un demonio, sino que se imagina ser él mismo el demonio. Se trata de una transformación total. El verdadero demonómano ha perdido completamente la noción de su personalidad primera; se ha convertido en un ser completamente distinto: ya no es un ser humano, es un demonio.

Con la demonomanía verdadera se relacionan la zoantropía y la licantropía antiguas, que, de hecho, no eran sino dos variantes de aquélla. En cuanto a los zoántropos, es fácil apreciar que se trataba de una forma de demonomanía *vera*, pues el trastorno psicológico era el mismo. El individuo se transformaba en demonio, pero al encarnarse éste en el cuerpo de una animal, el propio enfermo quedaba convertido en ese animal diabólico.

Estas son las principales formas de la demonomanía que aún nos interesan hoy en día.

Sólo a título de recuerdo, les mencionaré la *demonolatría,* la antigua locura de las brujas, en la cual los individuos se creían consagrados al culto al diablo. Esta forma es poco frecuente en nuestros días y los casos comunicados constituyen simples curiosidades bibliográficas.

La demonolatría parece estar vinculada a los fenómenos que observamos en algunos delirios tóxicos. Como saben, las brujas de antaño acostumbraban a untarse el cuerpo con pomadas especiales cuya composición contenía solanáceas venenosas[7]. Esta práctica tenía que influir ampliamente en la producción de sus delirios, ya que los síntomas que hoy se observan en algunas locuras tóxicas presentan numerosas analogías con los fenómenos que decían sentir en otro tiempo las brujas.

---

7. Las solanáceas venenosas contienen alcaloides de tres tipos principales: tropano, que se encuentra en la belladona, en el estramonio y en el beleño; piridina, en el tabaco, y esteroides, en algunas especies del género de la patata. También en el beleño hay escopolamina.

Regresemos ahora, señores, a aquellos de nuestros enfermos actuales que sufren delirios sistematizados, pero que, en lugar de expresar ideas de persecución comunes, manifiestan mediante ideas de posesión, como ya les dije, el desdoblamiento de personalidad, consecuencia de los síntomas que ya hemos estudiado.

Estas ideas de posesión demoniaca fueron perfectamente descritas en las observaciones de este tipo recogidas por los autores clásicos. Aún hoy, encontramos con mucha frecuencia casos en los asilos psiquiátricos de algunas provincias, en Bretaña y Vandea [La Vendée] por ejemplo.

En el entorno parisino no ocurre así. Por poco instruido que sea el enfermo, su delirio casi nunca se traduce en ideas demoniacas. Si los podemos encontrar en algunos casos, nunca son muy puros desde el punto de vista de la enunciación [*formule*] exacta de la idea delirante.

Sin embargo, una de nuestras enfermas dice estar hechizada por sacerdotes que han tomado posesión de distintas partes de su cuerpo; también le han arrojado a los ojos el «bermellón», que es como un demonio que toma la forma de una cochinilla «lo que llaman –dice– un *microbio*»[8].

Otro paciente esta poseído, hechizado por los espíritus; otros tres están poseídos por un espíritu que se ha alojado en su cuerpo bajo la forma de un gusano.

Otro más, cuya historia he publicado junto a G. Brouardel, expresa ideas que recuerdan a las creencias en los «hechizos indirectos»[9].

Algunos enfermos, más al tanto de las ideas actuales, invocan el espiritismo, la sugestión, etc., no en sentido banal como muchos otros alienados hacen frecuentemente, sino dando a esas palabras el significado exacto, preciso, de coerción sobre sus pensamientos, parecido a una posesión.

Pero, para establecer su diagnóstico, el médico, como ya les he dicho muchas veces a lo largo de nuestras reuniones, no tiene que basarse solamente en la fórmula de la idea delirante. El individuo que declara estar poseído es

---

8. «*Vermillon*», así entrecomillado en el original, equivale textualmente a nuestro 'bermellón' pero está próximo en el francés de uso corriente a '*vermine*', término que nombra al colectivo de insectos, gusanos, etc., o sea, 'los bichos', y que también significa 'la canalla', 'la gentuza'. Resulta curiosa esta asociación metonímica que hace la paciente a partir de una probable conjuntivitis, es decir, un enrojecimiento de los ojos. El historial de esta paciente, explicado extensamente por SÉGLAS, puede verse en el volumen de esta colección: J. COTARD; J. SÉGLAS, *Delirios melancólicos: negación y enormidad*, Madrid, Ergon, 2008, pp.157-164.

9. En el original, *envoûtement*: hechizar empleando una figurita (*volt o vout*, en francés arcaico) que representa a la persona a la que se desea influenciar. El hechizo indirecto clásico es el efectuado a través de una figurita de cera, que puede ser sustituido por un muñeco de trapo.

un tipo de paciente demasiado ideal, pues el mismo enuncia su diagnóstico. Hay que reconocer que es una afortunada situación que no se les presentará a ustedes con mucha frecuencia.

Felizmente, podemos prescindir de la fórmula. Y si examinamos escrupulosamente los fenómenos subyacentes que dan origen a la ideas de posesión –la abulia, los fenómenos de bloqueo de la acción, las impulsiones, y principalmente el desdoblamiento de personalidad que representa la síntesis de estos– podemos dejar en segundo plano la interpretación del paciente y realizar un diagnóstico tan riguroso como si existieran ideas de posesión claramente expresadas.

Por otra parte, no hay que perder la esperanza de ver reaparecer en un futuro ideas de posesión en nuestros alienados de la capital. Las tendencias neo-místicas de nuestra época, el favor del que gozan hoy en día el ocultismo, el espiritismo, etc., auguran casos de locura religiosa que no dejarán de ser interesantes.

Aunque las ideas de posesión, o más concretamente las ideas que traducen el desdoblamiento de personalidad, sean las más chocantes, no son además las únicas que podemos encontrar en estos enfermos. Sin embargo, hay que señalar que en su mayor parte se relacionan con el hecho de la posesión que casi no hace más que cambiar su enunciación.

De este modo, los sujetos presentan frecuentemente ideas *hipocondriacas*, relacionadas con síntomas de la sensibilidad general y visceral. Incluso hay ciertos casos en que las ideas hipocondriacas pueden considerarse como equivalentes a las ideas de posesión; por ejemplo, cuando el enfermo dice que hay animales en su cuerpo, que tiene gusanos o tenias en el interior de sus órganos.

Estas ideas hipocondriacas, al igual que las de posesión, pueden, por otra parte, terminar convirtiéndose en *ideas de negación* sistematizadas, referidas tanto a la personalidad física como a la personalidad moral o intelectual del sujeto. Ya no tiene sentimientos, tampoco memoria ni pensamientos, ya no es dueño de ninguno de sus actos. Ya no tiene órganos, como una de nuestras enfermas que decía que no tenía *tripas*, porque era un sacerdote alojado en su vientre quien las tenía ahora. Otro le ha sacado el corazón, ya no lo tiene; tampoco tiene uñas, ni campanilla, ni amígdalas, etc.

Estas ideas de negación pueden considerarse como la máxima expresión, el resultado final de la posesión. El esquema de la nueva personalidad, cuyos elementos constitutivos son cada vez más numerosos y persistentes, acaba

invadiendo el de la personalidad anterior hasta anularla casi por completo, colocándose en un primer plano; la antigua, cada vez más mermada, acaba siendo negada por el enfermo.

Otras veces, en lugar de acabar en la negación, las ideas de posesión toman un tinte megalomaniaco. Los alienados consideran un favor los síntomas de posesión que sienten. Formulan verdaderas ideas de grandeza: Dios o los Espíritus hablan a través de su boca; están iluminados, profetizan, etc.

El espíritu que los anima ya no es un espíritu maligno, un demonio malvado, sino un Espíritu superior y benévolo. Tampoco son ya cacodemonómanos, sino teómanos, como se decía antes, siendo la antigua teomanía susceptible de las mismas divisiones que la demonopatía. No dejan por esto de estar poseídos. No sólo mantienen, como otros sistematizados megalómanos y místicos, relaciones externas con las potencias celestiales a través de sus sentidos externos —el oído y principalmente la vista—; el aliento divino que les mueve es completamente interior.

Además, estas ideas de posesión teomaniaca evidencian la mayoría de las veces el desdoblamiento de personalidad de la manera más clara, como cuando los enfermos escriben las conversaciones mantenidas con los Espíritus. Al mismo tiempo, en sus apreciaciones respecto a ese asunto pueden detectarse datos que muestran la disgregación de la personalidad, el funcionamiento totalmente automático y por ello incluso fácil, de los elementos de la anterior personalidad, junto al carácter deficiente y penoso de la ejecución voluntaria de las facultades cuando interviene la personalidad propia del sujeto.

Una enferma de este tipo constataba por si misma ante nosotros ese suceso que le sorprendía mucho, cuando transcribía sus diálogos: «Cuando escribo por mí misma, estoy obligada a buscar; es como cuando hablo, que casi tengo que arrancarme las palabras de la boca. Cuando escribo a causa del espíritu me resulta muy fácil, no hay nada que buscar y mi mente no aparece para nada, únicamente voy copiando lo que la voz interior dice. Por otra parte, si no lo escribo, no puedo acordarme en absoluto de lo que ha dicho, salvo que aquello me vuelva otra vez por sí solo». También la grafomanía, muy frecuente en casos similares, algunas veces es llevada hasta el extremo.

Puede ocurrir que la posesión se traduzca de manera aislada, unas veces bajo la forma demoníaca, otras veces bajo la forma teomaniaca. En otras ocasiones, estas ideas opuestas se suceden, incluso pueden coexistir. Hasta ahora, el antagonismo en las ideas debido al desdoblamiento de personalidad consistía únicamente en la oposición, en el contraste entre las ideas o los actos delirantes del mismo tipo con las ideas sanas del enfermo. Pero ahora, las dos

categorías de ideas antagonistas pertenecen ambas al delirio. De este modo, uno de nuestros enfermos estaba poseído por espíritus de defensa que se enfrentaban con espíritus de ataque y que representaban «el combate entre el Arcángel San Miguel y Diabolus[10]».

No es nada raro, por otra parte, observar entonces un hecho análogo al que señalábamos en cuanto a las ideas de negación. La nueva personalidad se vuelve cada vez más invasiva y aparece una verdadera transformación mediante la cual el sujeto llega a identificarse completamente con el espíritu superior que lo posee y se considera a sí mismo un ser superior y excepcional.

También podemos encontrar en estos individuos ideas de persecución bajo la forma habitual. Unas veces éstas son las primeras en aparecer, y las distintas ideas que hemos ido viendo no son, por así decirlo, más que la culminación, el medio utilizado o las consecuencias de esta persecución. Otras veces ocurre al contrario, son consecutivas a la posesión, especialmente cuando ésta adopta la forma teomaniaca; los favores sobrenaturales de los que goza el alienado atraen la envidia, la hostilidad de las personas que lo rodean.

Sin embargo, por muy variadas que sean las ideas delirantes, todas ellas poseen características generales comunes. Estas características son las que hemos atribuido al delirio de la locura sistematizada, y sobre las que volveré enseguida a propósito del diagnóstico diferencial. Me conformaré con decirles en este momento que si bien el complejo delirante, contemplado en todo su conjunto, es siempre primario, en el sentido de que no está precedido por trastornos emocionales de carácter psiconeurótico, las ideas más específicas que hemos analizado establecen respecto a las alucinaciones una relación inversa a la que existe en los perseguidos sistemáticos comunes con alucinaciones sensoriales. Ya vimos que, en estos últimos, la alucinación sensorial no es sino la expresión final, la más clara, de las tendencias delirantes. Ahora ocurre al contrario, nuestras nuevas ideas delirantes no son más que la interpretación de los diversos fenómenos que han conducido al desdoblamiento de la personalidad.

Las reacciones que se manifiestan bajo la influencia de este delirio son, por lo general, las de los perseguidos sistemáticos. Dependiendo de los casos, el enfermo huye, se defiende, suplica, etc. Sin embargo, hay que señalar que, como en numerosos perseguidos, sus actos no están siempre minuciosamente

10. Probable nombre neologístico pues no existe como tal en francés.

premeditados y, por el contrario, se producen con frecuencia bajo el efecto de un impulso súbito. Por otra parte, al no estar adaptado totalmente su delirio, se rebela a menudo contra éste, y puede resistir incluso algún tiempo a los actos obligado que se siente impulsado a llevar a cabo.

En cuanto a las reacciones que más bien se relacionan con las ideas de posesión, varían siguiendo las oscilaciones del complejo sintomático. De este modo, los fenómenos de bloqueo y los trastornos abúlicos van acompañados frecuentemente de un estado de depresión más o menos acusado. Por otro lado, los fenómenos automáticos se traducen, como hemos visto, en impulsos de cualquier clase, muchas veces inofensivos, otras veces violentos; en movimientos sin dirección, espasmódicos, casi convulsivos, o bien producen incluso un estado general de agitación motriz. No es extraño tampoco observar fenómenos de ansiedad cuando el individuo intenta oponerse, aunque esta ansiedad es entonces estrictamente reactiva. En realidad, el tono emocional es muy a menudo indiferente, y los trastornos emocionales, cuando aparecen, no son el punto de partida, sino la consecuencia de los demás síntomas delirantes.

Vistos ya los síntomas psíquicos, es necesario señalar ahora algunos hechos que se pueden observar desde el punto de vista somático. De este modo, a veces advertimos a lo largo de la enfermedad, diferentes síntomas de un estado neurasténico más o menos importante. Además, algunos enfermos presentan signos físicos de involución senil; en otros, comprobamos algunos de los defectos de constitución física que normalmente denominamos estigmas de degeneración, al mismo tiempo que los antecedentes hereditarios y personales revelan la huella de una tara psicopática más o menos marcada.

Señores, ¿cómo se debe hacer el diagnóstico diferencial?

Lo primero que hay que plantearse es descartar el de histeria. Ustedes saben que los fenómenos delirantes de los histéricos pueden presentarse bajo la forma de ataques transitorios, de delirios prolongados en el intervalo de los ataques, o de un estado psicopático duradero. En los dos primeros casos, generalmente el diagnóstico es posible debido a la existencia de otras manifestaciones histéricas concomitantes. En el tercer caso, el diagnóstico es mucho más complicado y aun cuando el enfermo hubiera tenido anteriormente estigmas histéricos, no bastaría para atribuir a la histeria las manifestaciones delirantes. Para eso son necesarias, como señala P. Janet, dos condiciones: la primera, reconocer que el delirio es la consecuencia directa de un fenómeno claramente histérico; la segunda, comprobar dentro del delirio el carácter elemental del

estado histérico, el desdoblamiento de la mente[11], la alternancia de los estados de consciencia y la formación de fenómenos realmente subconscientes. Sin embargo, esta comprobación, siempre compleja, lo es aún más en la forma que nos ocupa, donde también encontramos desdoblamiento de personalidad. Pero hay que señalar, como parecen demostrar las investigaciones de P. Janet, que el desdoblamiento de personalidad del histérico es permanente y absoluto, las dos personalidades son totalmente independientes. En nuestros enfermos, si bien la disgregación lleva a la formación de dos personalidades diferentes, nunca serán independientes. Como señala el mismo autor, el enfermo advierte el desarrollo de otra personalidad en sí mismo, habla sin parar de posesión, mientras que la histérica más desdoblada, la más poseída en realidad, ignora muy a menudo esta división de su mente.

Otro diagnóstico que hay que descartar es el de melancolía delirante con ideas de posesión. Las bases del diagnóstico diferencial serán la evolución de la enfermedad, la ausencia de los fenómenos emocionales fundamentales de la melancolía y las características generales del delirio.

La presencia de ideas de negación sistematizadas en algunos de nuestros actuales posesos es una nueva demostración de lo que les decía en una lección anterior: que esas ideas delirantes especiales pueden aparecer, incluso sistematizadas, fuera de la melancolía. Por eso es necesario realizar el diagnóstico diferencial con el delirio de negación melancólico, el cual se acompaña con frecuencia de síntomas de posesión, moderados o a veces incluso muy acusados. Sin embargo, el delirio de negación de los posesos sistemáticos difiere completamente del síndrome de Cotard. Aunque podamos encontrar algunos de los elementos de este síndrome, las relaciones que se establecen entre ellos son completamente diferentes debido a la evolución de la enfermedad y al su fundamento mórbido sobre el que los síntomas se basan. Por la misma razón, como ya señalé en el Congreso de Blois, las características clínicas generales del delirio no coinciden tampoco con las del delirio de negación en los melancólicos.

El delirio, en este caso, no es secundario a los trastornos emocionales como en el melancólico, sino que no es más que la interpretación de desórdenes alucinatorios particulares.

La ausencia de estos mismos síntomas emocionales le priva de todo carácter penoso, de dolor moral. En lugar de ser monótono o insuficientemente

11. En este caso, el término 'desdoblamiento' parece estar más cercano al concepto de disociación histérica.

sistematizado, el delirio se sistematiza progresivamente; cada día aporta un nuevo argumento en apoyo de las ideaciones patológicas. Aquí tampoco hay modestia; el enfermo se queja de los tormentos que sufre, de la desorganización de su cuerpo, des sus facultades. Sin embargo, el enfermo no se siente por ello decaído ni inferior a los demás. Si se le exorciza, volverá a ser como todo el mundo. Además, tampoco hay pasividad ni resignación, y las diferentes reacciones que hemos enumerado con anterioridad muestran lo contrario en su lugar: la lucha y la resistencia. El delirio se torna aquí de divergente o centrífugo en convergente o centrípeto. El enfermo ya no teme poder hacer daño a los demás, no se acusa a sí mismo como los negadores de Cotard; al contrario, ahora acusa a otras personas de ensañarse con él, de hacerle sufrir mil tormentos, de haber desorganizado su cuerpo, sus facultades, de haberle arrebatado todo. Incluso hay más miedo al futuro, más delirios expectativos; los lamentos sólo se apoyan en los hechos pasados o en los tormentos presentes.

Estas diferentes categorías del delirio, diametralmente opuestas a las de los delirios melancólicos, se aproximan por el contrario a las del delirio de persecución de la locura sistematizada.

En conclusión, la valoración del conjunto sintomático que hemos examinado servirá para dar a estos casos particulares el lugar que les corresponde dentro de la locura sistematizada, de la cual, incontestablemente, no son más que una variedad.

Pero si bien entre los perseguidos sistemáticos hay algunos cuya enfermedad no representa sino un defecto de desarrollo intelectual, una evolución anormal de la personalidad siempre en el mismo sentido; y si, por otra parte, también encontramos otros en los que el proceso mórbido se traduce en un desdoblamiento bastante acelerado, a veces inmediato y siempre muy acusado de la personalidad, conviene señalar que existen casos intermedios.

Si partimos, por ejemplo, del tipo habitual de delirio de los perseguidos sistemáticos, con alucinaciones sensoriales, y dejando a un lado a los perseguidos razonantes que nunca experimentan desdoblamiento, vemos que en estos alienados los estados de consciencia extraños que se producen durante la enfermedad no se organizan en una personalidad nueva enfermedad, sino que sólo representan simples fenómenos de alienación, de incoordinación parcial, modificaciones transitorias de la personalidad.

Otros enfermos de la misma categoría, que primero han evolucionado como los anteriores, llegan a presentar un verdadero desdoblamiento de personalidad al cabo de un tiempo más o menos prolongado.

Esta disociación de la personalidad está relacionada con ciertos síntomas que experimentan entonces un mayor desarrollo e incluso pueden tomar el mando del cuadro delirante. Estos son, de manera general, los trastornos psicomotores: alucinaciones motrices, impulsiones, abulia, fenómenos de bloqueo. Las ideas de persecución se transforman en conexión con esto, y es entonces es cuando el paciente interpreta mediante las ideas de posesión los trastornos psicopáticos que sufre.

Por tanto, desde el punto de vista específico que nos ocupa, es como si la enfermedad se dividiese en dos periodos: uno en el que el sujeto presenta la sintomatología del perseguido común, y otro en el que aparecen los nuevos síntomas que determinan el desdoblamiento de la personalidad, y es entonces cuando el perseguido se convierte en un poseso. Las relaciones recíprocas de ambos periodos pueden darse también en sentido opuesto.

A veces el segundo periodo, el que estamos estudiando en particular, aparece muy tardíamente y sus síntomas constitutivos están poco acentuados.

Por el contrario, hay algunos casos en que su aparición es más precoz y los mencionados síntomas alcanzan un desarrollo muy amplio, incluso ocupan el primer puesto en el cuadro clínico en detrimento de los que han marcado el primer periodo y que van desapareciendo poco a poco. Hay que destacar entonces que en medio del complejo sintomático del primer periodo aparecen ya algunos de estos síntomas que posteriormente caracterizarán al segundo.

Finalmente, encontramos casos en los que este primer periodo, ya reducido, desaparece prácticamente; la enfermedad aparece bruscamente bajo el aspecto del complejo sintomático que hemos examinado.

Los hechos pertenecientes a estas dos últimas categorías son los que principalmente he analizado a lo largo de esta conferencia. Son los que, por su fisionomía clínica, se corresponden con la antigua posesión demoniaca, antaño considerada junto a todas las formas de demonomanía como una variedad de la lipemanía[12] religiosa. Hemos visto, por el contrario, cómo se distinguen de

---

12. *Lypemanie* es el término que ESQUIROL propuso, afortunadamente sin conseguirlo, para sustituir al de *mélancolie*, al que, acorde con la incipiente ciencia psiquiátrica, juzgó más apropiado para el uso de filósofos y poetas. La distinción establecida por ESQUIROL entre lipemanía (basada en una pasión triste y depresiva) y monomanía (asentada en una pasión alegre y expansiva) fue secundada por BAILLARGER, quien radicalizó la oposición y asimiló la monomanía a los delirios crónicos puros. El término tuvo poco éxito. Los autores franceses lo solían usar, entre paréntesis, después de *mélancolie*; esa fue la tendencia general, ejemplarmente representada por Gilbert BALLET en sus artículos sobre esta materia. Ni siquiera la iniciativa de L.-F. CALMEIL al titular 'Lypémanie' la entrada en el *Diccionario* de DECHAMBRE ("nosotros vamos a describir la bajo el título de lipemanía todo lo concerniente a la locura melancólica"), sirvió de nada. La lengua de la gente de la calle, la de los poetas y filósofos se impuso, una vez más, al rancio neologismo propuesto por la ciencia. Respectivamente, véase: J.-E.-D.

la melancolía. En un primer trabajo hace algunos años, ya señalaba que esta clase de melancólicos caracterizados por sufrir ciertos fenómenos particulares —los fenómenos de posesión— conformaban un grupo especial de transición entre los perseguidos propiamente dichos y los verdaderos melancólicos. Es necesario ahora precisar aún más y distinguir, junto a los melancólicos posesos, a los posesos sistemáticos, que no son sino perseguidos, o mejor dicho, delirantes sistemáticos de un tipo particular. Por este motivo, basándome sobre todo en el predominio de los síntomas psicomotores en estos casos, había propuesto recientemente, en contraste con los perseguidos con alucinaciones sensoriales y con los perseguidos razonantes, clasificarlos con el nombre de *variedad psicomotriz* del delirio de persecución sistematizado.

ESQUIROL, *Dictionnaire des sciencies médicales, par une Société de Médicins et de Chirurgiens*, T. XXXII, Méd-Més, Panckoucke Éditeur, París, 1919; J. BAILLARGER, *Recherches sur les maladies mentales*, París, Masson, 1890; G. BALLET, «Les psychoses», en CHARCOT, BOUCHARD y BRISSAUD, *Traité de médecine*, Tomo VI, París, Masson, 1894, pp. 1057-1206; L.-F. CALMEIL, 'Lypémanie', en *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* (A. Dechambre, Dir.), Segunda Serie, Tomo III, Loc-Mag, París, Asselin y Masson, 1870, pp. 542-575.

DECIMONOVENA LECCIÓN

LAS ALUCINACIONES Y EL DESDOBLAMIENTO DE LA PERSONALIDAD EN LA LOCURA SISTEMÁTICA

LOS PERSEGUIDOS POSESOS (CONTINUACIÓN)

SUMARIO. — Ejemplos clínicos:

I. Delirio de persecución sistematizado, alucinaciones sensoriales, trastornos de la sensibilidad general, ideas de defensa, sin desdoblamiento de la personalidad.

II. Delirio de persecución sistematizado, alucinaciones sensoriales, trastornos de la sensibilidad general. Alucinaciones motrices tardías e intermitentes, desdoblamiento de la personalidad paralelo e intermitente.

III. Caso mixto. Locura sistemática: primer periodo con alucinaciones sensoriales, ideas de persecución habituales; — segundo periodo con trastornos psicomotores, desdoblamiento de la personalidad, ideas de posesión y de hechizamiento.

IV. Locura sistemática: aparición, desde el comienzo, de trastornos psicomotores, desdoblamiento de la personalidad, ideas de posesión, alucinaciones visuales, motrices; impulsiones, habla involuntaria e inconsciente.

V. Locura sistemática: trastornos psicomotores precoces, desdoblamiento de la personalidad, ideas de posesión teomaniaca, ideas de grandeza y de persecución.

VI. Locura sistemática: trastornos psicomotores precoces, desdoblamiento de la personalidad, ideas de posesión, ideas de negación.

Señores,

En nuestra última reunión, les hablé de las alucinaciones y el desdoblamiento de la personalidad en la locura sistemática. Traté de exponerles las diferencias sintomáticas existentes desde este punto de vista en algunos alienados pertenecientes a este grupo patológico. De este modo, comparándola con el delirio de persecución sistematizado común con alucinaciones sensoriales, he distinguido la variante psicomotriz con ideas de posesión, llamando la atención de ustedes, además, acerca de que existen casos intermedios entre ambos.

Ahora falta mostrarles en qué puede la observación clínica, el análisis psicológico de los enfermos, justificar estas apreciaciones. Esto es lo que lo que intentaré hacer presentándoles una serie de casos en cierto modo graduales; al mostrarles las diferencias existentes entre la variedad sensorial con delirio de persecución y la variedad motriz con delirio de posesión, estos casos les indicarán a ustedes a través de qué transiciones se pasa insensiblemente de la una a la otra.

I.— La primera enferma es un caso de delirio de persecución sistematizado habitual, con alucinaciones sensoriales y trastornos muy marcados de la sensibilidad general. Si lo he escogido entre muchos otros es porque a pesar de estos trastornos de la sensibilidad no presenta un verdadero desdoblamiento de la personalidad. Al mismo tiempo, la expresión de sus ideas de persecución la aproximan a la demonopatía externa, y así podrán apreciar mejor la diferencia de ésta con las ideas de posesión, de demonopatía interna de los otros enfermos.

Aparte de los hechos que mantienen una relación directa con nuestro tema de estudio y que retomaré a medida que vayan apareciendo, destacaré también el lenguaje particular de esta enferma, plagado de numerosos neologismos, así como la alta presencia, junto a estas ideas de persecución, de esas especiales ideas de defensa de las que ya tuve la ocasión de hablarles.

La señora H., de soltera S., ingresó en La Salpêtrière el 5 de julio de 1877, a la edad de treinta y siete años.

Como esta enferma no había sido nunca antes vista en consulta, no pudimos contar con ningún dato previo acerca de sus antecedentes hereditarios ni personales.

Se le preguntó a este respecto pero no proporcionó ninguna información digna de ser anotada.

En el momento del ingreso se queja de toda clase de persecuciones que tiene que soportar y que se remontan, según ella, al año 1875.

Había gente que hacía entradas *nochistas*[1] en su casa. La sometían a toda clase de sevicias: encontraba en su cuerpo marcas negras y circulares de golpes, como producidas por un bastón o con una cuerda de nudos. Así fue

1. *Nuitales* en el original. No existe así en francés. Puede tratarse de un neologismo o de un error léxico de la enferma. Recuerda a *nuit* (noche), *nuitard* (noctámbulo, juerguista), *nuitamment* (al amparo de la noche, con nocturnidad), y por seguirse de alucinaciones sexuales sugeriría también *nuptial* (nupcial: lecho nupcial, cámara nupcial).

como se dio cuenta de que alguien entraba en su casa, pues no veía a nadie, «eran invisibles, y sólo los muertos peden ver a los invisibles».

Pero aunque nunca veía a nadie, no tardó en oírlos. Salían por la chimenea voces que la insultaban, le decían disparates, la amenazaban, «que no era tan lista como pretendía, que la echarían de su casa para meter a otros en su lugar», etc. Sin ninguna duda, eran vagabundos, dice.

Le enviaban además animales, cocodrilos, rinocerontes, monos que la despeinaban, le mordisqueaban la cara. No sólo asegura haberlos sentido, sino también haberlos visto en varias ocasiones.

Al mismo tiempo, iba gente a violarla por la noche.

De manera paralela a estas ideas de persecución, la enferma presentaba también ideas de defensa ligadas a alucinaciones auditivas. De este modo, junto a los individuos que la insultaban, oía también, y por ambos oídos, hablar al mariscal de Francia, Patrice de Mac-Mahon y a sus edecanes que velaban por ella y dormían en su salón.

Además estaban los *enamorados benevolentes* cuya voz llegaba desde la pared hasta sus oídos y que le preguntaban con interés qué era de ella y cómo había pasado la noche. Pese a esto, los otros seguían atormentándola, y ante la amenaza de las persecuciones que sufría compró un revolver que siempre llevaba consigo. Aunque, añade, sólo era para asustar, ¿cómo alcanzar a los invisibles? Después, interpuso una denuncia en la comisaría de policía. Más tarde, tras un breve periodo de descanso, las desgracias comenzaron de nuevo y aún peores, huyó a París donde fue arrestada por tenencia ilícita de armas, según dice, y fue entonces cuando el comisario de policía la envió a La Salpêtrière *como medida de protección*.

Sin embargo, esto no impidió que continuaran las persecuciones, incluso más intensas que nunca. Las alucinaciones del oído disminuyeron en frecuencia. La enferma dice oír amenazas nada más que intervalos poco frecuentes, y unas voces que le decían que tenía que salir de allí para recuperar en el exterior su temperamento, minado por todas aquellas desgracias[2].

No hay alucinaciones visuales. «Ellos son invisibles e impalpables, –dice– y yo que estoy viva, al no tener la doble visión, no puedo por tanto ver a los invisibles».

---

2. Abundando lo dicho en la nota anterior, es tan curiosa como coherente la elección del término *temperament*, que en francés significa tanto 'salud' o 'constitución' en general, como 'apetito sexual', 'salacidad', 'sensualidad' (Cfr.: A. REY y J. REY-DEBOVE (dirs.), *Le Petit Robert. Dictionnaire de la langue française*, París, Les Dictionnaires Robert, 1985, p.1937). El habla de la enferma parece abundar en significantes relacionados con la sexualidad, junto a su tendencia a las alucinaciones genitales (ver también más adelante).

Tampoco hay alucinaciones gustativas evidentes, ni olfativas, tampoco alucinaciones motrices.

Lo que predomina actualmente son las alucinaciones genitales y principalmente los trastornos de la sensibilidad general y visceral.

La enferma se queja de ser torturada de todas las formas posibles y sin cesar, unas más horribles que otras, por los muertos-vivientes, los vampiros, las vampiresas, los gnomos y los duendes invisibles e impalpables.

Deja por escrito, día tras día, la lista de los tormentos que soporta y describe el horror de su sufrimiento e indica además el número de torturas, todo ello valiéndose de expresiones muy gráficas, de esos neologismos activos que hemos estudiado en las conferencias de años anteriores[3].

De este modo, «asesinos disyuntores de sienes, troceadores de mente, saqueadores de huesos, otros que cortan, arrancan, escalpelan cabelleras, sacan láminas de huesos o lonchas de carne, la *aprietacuellos*[4] del mundo, la *mordedora* de gargantas que *muerde* con los dientes pedazos de carne, la *morradora* y la *desdobladora* de rostros, el chino *fileteador* y *la rebanadora* de carne, el *secador* del mundo que hace sangrías y *vampirea* la sangre, el condenado a trabajos forzados moreno *espinadorsalero* que extrae láminas de la espina dorsal, *Giblas Giblotte*, un peligroso duende algo vampiro y *anuleador* por debajo del rostro, el *mutilaperaleador* dorado, los asesinos desvirgadores y castradores *cucuzales* (partes genitales), el *arrancapechos*.

Todos estos atormentadores actúan sobre las distintas partes del cuerpo, y la enferma no sólo describe el suplicio que le hacen soportar, sino que también lleva al respecto una especie de contabilidad de las partes del cuerpo que le extraen: pedazos de huesos o de carne, cantidades de sangre, etc.

Ejemplo:

«Hoy, ella (la *mordedora*) junto con diecinueve personas iguales que ella, invisibles, ha *mordido* ochocientos pedazos con los dientes durante la miserable noche que aquí pasé del lunes al martes, sus tendencias mordedoras son ya muy alarmantes…

»Acaban de horrorizarme durante dieciocho horas.

»Ante todo hay que marcarlo todo y dar a conocer las audaces ferocidades del perro sucio: trescientos pedazos de mi persona, realmente para lamen-

3. [Nota de Séglas] Jules SÉGLAS, *Les Troubles du langage chez les alienés*, [París, Rueff, 1892] pág. 51 y ss.

4. A partir de aquí y mientras no se diga otra cosa, las cursivas son nuestras. Para facilitar la lectura, en vez de sugerir posibles traducciones intentaremos imitar los neologismos de la enferma, intraducibles casi por definición.

tarlo, ya no están. Me ha arrancado la cabellera, cortado, rapado, todo esto en dieciocho horas…

»Los cerdos castradores se han hecho con doscientos pedazos…

»La *masacradora* de hombros, tras tres meses de constancia, tiene que pagar cuatrocientos ochenta pedazos en huesos, que ha arrancado esta noche.

»Además hay que apuntar al *espiraleador*, muy culpable esta noche en mis propias narices; me ha arrancado en el *espiralaje* noventa y nueve pedazos de ellas», etc.

En cuanto a las razones de estas persecuciones, la enferma casi no se las explica. «¿Por qué hacerla sufrir, a ella que nunca ha matado ni a una pulga ni desde que está aquí ni antes? Ella es una persona útil y no perjudicial; está aquí encerrada como una ostra en un vivero, rodeada de miserables situaciones infernales, aunque tiene tanta inteligente como cualquier otra persona. ¿Puede un ángel lleno de pureza e inocencia, como ha sido ella durante su corta existencia en libertad, estar encerrado diez años en un lugar como este? Siempre ha sido una persona muy respetable y no merece semejantes torturas».

A pesar de estar bastante orgullosa de sí misma, no presenta ideas de grandeza. Dice ser instruida, noble, propietaria, de buena familia, pero todo esto es la pura verdad.

Tampoco presenta ningún síntoma de demencia.

Es tranquila, bastante afable, se limita a dejar por escrito sus torturas con el fin de crear un informe para poder lograr escapar de semejante *asesinario*. ¿Quién es el Dios que la premiará con la salida verdadera? ¡Todavía confía en su todopoderosa e inmutable bondad!

Dejo a un lado, señores, las alucinaciones; como han comprobado ustedes, todas tenían carácter sensorial. Dentro el cuadro sintomático de este delirio, los trastornos de la sensibilidad general ocupan el primer puesto. Parecen haber existido desde el principio, o en todo caso desde que conozco a la enferma, hace siete años. Siempre los he observado con tanta frecuencia y tan acentuados como hoy.

Sin embargo, parece que por el hecho mismo de ser repetitivos e intensos, deberían haber producido una serie de modificaciones profundas en el complejo cenestésico habitual y haber servido así de base para la formación de una nueva personalidad.

En realidad, se ha modificado la personalidad física de la enferma; se encuentra menos vigorosa, debilitada y anémica, pero eso es todo. Los nuevos

estados cenestésicos no se han organizado unos con otros para dar origen a una nueva personalidad que coexista junto a la anterior, igual que tampoco han traído como consecuencia ninguna modificación en los demás elementos que conforman la personalidad primera, es decir, no hay desdoblamiento de la personalidad propiamente dicho.

La enferma, aunque debilitada a consecuencia de las torturas que soporta, sigue siendo ella misma, siente, piensa, habla y actúa siempre como una sola persona.

Esto es lo habitual en los perseguidos sensoriales, y su explicación, como les decía, es una de lo más difícil. En estos pacientes, los trastornos cenestésicos no se organizan, sino que adoptan de alguna manera un carácter intermitente, y los órganos afectados siempre resisten sin sufrir modificaciones profundas. Parecen renacer a medida que son atacados.

Aunque a veces surge de forma natural, sin que el enfermo se percate, otras veces da una especie de explicación mediante nuevas ideas delirantes, las ideas de defensa, que muestran claramente el carácter intermitente de los trastornos cenestésicos, su poca organización y estabilidad, la resistencia de los órganos que se recomponen a medida que son afectados y, como consecuencia, el regreso casi incesante al estado cenestésico anterior; de ahí la perseverancia de la personalidad primera que no sufre más que daños transitorios.

Este hecho es uno de los más evidentes en la enferma que estamos estudiando. Han visto ustedes que, desde un comienzo, tenía ideas de defensa asociadas a las alucinaciones auditivas consoladoras que se oponían a las alucinaciones dolorosas.

Ahora, del mismo modo, tiene ideas de defensa relacionadas con transformaciones de la sensibilidad general opuestas a las que se derivan de las persecuciones de sus atormentadores.

«Estos deben tener la destreza de Satán o de un prestidigitador para deshacer la obra de la naturaleza y la obra de las damas y caballeros reparadores». Entre unos y otros hay una lucha diaria. El «restaurador de sienes», gracias a su habilidad, repara los daños causados por los «disyuntores de sienes». Además, con la ayuda de un *lanza-vaho*[5] le hacen inoculaciones reconstituyentes de vino y de caldo para reparar las pérdidas de sangre producidas por los sangradores y secadores de mundo. Aunque reconstituyentes, estas inoculaciones no son suficientes, y le haría falta medio litro por minuto para volver a restablecerse por completo. En revancha, el «deshuesage» continúa y le quitan huesos cada

5. *Lance-buée*: esta vez, las cursivas son de SÉGLAS, que además entrecomilla los neologismos en este párrafo.

vez que «los restauradores, y sobre todo las restauradoras, señoras plenas de caridad, de abnegación y de devoción a la humanidad, cada vez que estas grandes bienhechoras le recolocan un hueso». Así que los atormentadores son unos *desencapuchadores de reparaciones*[6].

La enferma siempre sitúa a defensores y atormentadores fuera de sí misma, en el mundo exterior. Este hecho, así como la fraseología de sus ideas relacionadas con gnomos, duendes y vampiros, da a su delirio un parecido bastante fiel a lo que llamábamos la *demonopatía externa*.

Esta constante reparación de su organismo, que ponen de relieve las ideas de defensa, nos muestra claramente que los daños en la base física de la personalidad son sólo transitorios y, a pesar de su continua repetición, no se organizan para servir de punto de partida al esbozo de una nueva personalidad que coexista junto a la anterior.

Aunque las ideas antagonistas de ataque y de defensa representen la lucha de dos síntesis mentales que se alternan en la consciencia en cualquier momento, los estados cenestésicos con los que se relacionan siempre son interpretados por la enferma como una parte integrante de su yo. Reconoce ser siempre ella misma, a veces más o menos fuerte; en resumen, sólo cansada, como una anémica. Se encuentra, a lo sumo, en la situación de una simple valetudinaria cuya constitución física, modificable mediante la terapéutica e incluso con altibajos, puede debilitarse pero sin dar origen por ello al esbozo de una personalidad nueva, que se desarrollase y se organizase junto a la anterior, es decir, a un verdadero desdoblamiento.

II.— Les presento ahora, señores, otra enferma que pertenece a la misma categoría que la anterior. Es una perseguida sistematizadora con alucinaciones sensoriales, síntomas de la sensibilidad general. Pero además, al cabo de un largo periodo de enfermedad, aparecieron alucinaciones motrices y, manifiestamente relacionado con ellas, un auténtico desdoblamiento de la personalidad. En este caso no se trata simplemente, como en el ejemplo anterior, de dos síntesis mentales enfrentadas que el sujeto sigue objetivando en el mundo exterior, presenciando de este modo la lucha de sus perseguidores y sus defensores mientras que sigue siendo él mismo. Aquí, la enferma es en cierto modo invadida a ratos por sus enemigos, y entonces, utilizando su propia expresión, es como si ella fuese doble. De este modo, constata que

6. Cursivas de SÉGLAS. No sigue un método unívoco (cursivas o comillas) para señalar los neologismos.

algunos elementos de su yo se le tornan extraños, se desligan del conjunto de su personalidad y tienen ahora una existencia independiente.

Por otro lado, estos primeros síntomas de desdoblamiento son en ella parciales, intermitentes, al igual que las alucinaciones motrices, con las que están íntimamente relacionados.

La Sra. R..., nacida en 1831, ingresó en La Salpêtrière el 24 de noviembre de 1881.

Esta señora, que cuenta hoy con sesenta y tres años de edad, perdió a sus padres muy joven. Fue enviada a una casa de expósitos y adoptada enseguida por una señora mayor[7] que actualmente ha fallecido. Nos es pues imposible conseguir información precisa sobre sus antecedentes, sólo sabemos que tenía dos hermanos, que ambos bebían e incluso uno tenía «la mente exaltada» por la bebida.

En cuanto a su personalidad, tuvo desde su infancia un carácter sombrío, le gustaba la soledad, no trababa amistad con nadie, siempre fue un poco envidiosa. La menarquia le llegó a los once años, la menopausia a los cincuenta. No presentaba episodios nerviosos específicos; frecuentes migrañas, sobre todo durante la menstruación.

Es muy difícil, incluso imposible, concretar de manera exacta el momento de la aparición del delirio, que se desarrolló insidiosamente en el sentido de las tendencias anteriores. Por otra parte, presenta un carácter retrospectivo muy acentuado, y actualmente la enferma incluye en su sistema delirante toda su existencia pasada, inclusive la de sus padres.

No obstante, podemos considerar que el comienzo de los síntomas vesánicos propiamente dichos se remonta aproximadamente a los alrededores de 1865, cuando la enferma tenía treinta y cuatro años. Desde entonces, se desarrollaron sin interrupción, sistematizándose progresivamente.

Al principio, hacia 1865, parecía haber tenido sólo interpretaciones delirantes. A la Sra. R... le parecía que la vigilaban en el lavadero, no sabía qué querían; al volver a su casa sentía que todo estaba revuelto, que venían en su ausencia a dormir en su cama, le robaban los víveres, le soltaban abejorros en su habitación o metían gatos en su casa. En 1869, algunos días después del caso Troppmann[8], una noche oyó gritos que provenían

7. *Vielle demoiselle* en el original, 'señorita mayor', es decir, eufemísticamente 'una solterona'.

8. [N. de la T.] El caso TROPPMANN tuvo lugar en París, en septiembre de 1869: fueron descubiertos seis cadáveres, entre ellos una niña de dos años, enterrados en el parque de Pantin. Los detalles de esas muertes y la personalidad del asesino, Jean-Baptiste TROPPMANN, llenaron decenas de páginas en los periódicos.

del apartamento de arriba. Su marido le dijo que seguramente se trataría de discusiones domésticas, pero ella estaba convencida de que sus vecinos habían sido asesinados, y mucho más aún cuando la portera, con quien le habló de ello, puso cara de no entenderla. Unos días después, oía jaleo a todas horas, ruidos, pitidos, sonidos de las calderas, de cerraduras, crujidos dentro de los muebles; además vio y olió humo en su apartamento. Creía que la habían emprendido contra ella, que querían robarle o asesinarla, sin saber quién ni porqué.

Poco más tarde, escuchó con claridad voces insultantes y amenazantes: «Vaca asquerosa, puta, arrastraremos a tu hijo por el barro; te rajaremos la panza con un cuchillo». Estas voces provenían del suelo, de las paredes, de la chimenea, etc. Eran voces de hombres, de mujeres, de niños, muy claras, que oía por ambos oídos. Ellos eran invisibles, dice. Al mismo tiempo, continuaban las interpretaciones delirantes: le hacían gestos por la calle o creía reconocer la ropa de la gente que pasaba como perteneciente a su marido y su hijo, pues se la habían robado.

Luego aparecieron alucinaciones en los demás sentidos y trastornos de la sensibilidad general.

Quería mudarse a toda costa, pero su hija se lo impedía, y además, le habían advertido que sería inútil porque la seguirían a todas partes. Pidió ayuda sin éxito al comisario de policía, «seguramente porque él misma formaba parte de la banda». Fue entonces cuando la internaron.

Estos son, señores, los puntos clave en la evolución de la enferma, que podemos reconstruir de manera aproximada.

Sin embargo, aunque los demás detalles de esta evolución no pueden ser clasificados claramente en el orden sucesivo de aparición, no es menos verdad que el desarrollo de la enfermedad siempre fue progresivo en conjunto y sin interrupción alguna.

Hoy, esta señora se nos presenta con un delirio de persecución muy característico. La persigue una banda tenebrosa que vive bajo tierra, y a la que denomina los inquisidores o la banda de los Vampas. El jefe de esta banda vendía pan de especias en el barrio parisino de Belleville. Todos ellos son reincidentes, escapados de la penitenciaría; aunque dicen ser unos justicieros son unos miserables que no sólo la tienen tomada contra ella sino también contra todas las personas honradas. Tienen compinches por todas partes. Le han robado y quieren asesinarla, matarla lenta y cruelmente. Han asesinado a muchos conocidos suyos. Muchas personas a las que vio morir no fallecieron, como se creía, de manera natural, sino que perecieron por causa de las

maquinaciones de estos canallas. Reservan el mismo sino para ella y para todos los que se relacionan con ella.

Antes de llegar a esta situación, le robaron, y el objetivo mismo de sus persecuciones era sustraerle unos cheques al portador con aproximadamente 10.000 francos, dice, además de impedirle recibir la donación de una modesta suma de dinero, de algunos miles de francos, que le habría hecho la persona que la adoptó a los nueve años, así como la herencia de esta misma que la había nombrado legataria.

¿Qué tenía esto de cierto? No hemos podido saberlo exactamente. Al parecer era verdad que una persona la adoptó y le donó cierta cantidad de dinero. Pero desconocemos el resto. Parece que antes nunca había hablado de sus cheques al portador, y la hija de la enferma nunca oyó decir nada al respecto. Hay que señalar, sin embargo, que la Sra. R. es muy modesta en sus pretensiones y no expresa ideas que tengan el aspecto de las de los delirios de grandeza, frecuentes en los perseguidos.

Uno de los aspectos más curiosos de este delirio, en sí mismo bastante corriente, es su carácter retrospectivo y metabólico, que además es todo lo acentuado que se puede. La enferma no sólo transforma todos los hechos presentes para adaptarlos a su delirio, sino que también actúa así sobre los pasados, que para ella adquieren ahora un nuevo significado y se interpretan en el sentido de sus convicciones delirantes. De este modo, por ejemplo, los sucesos que lee en el periódico, los acontecimientos que tienen lugar en su entorno, como la muerte o la enfermedad de algunos pacientes y trabajadores, los interpreta a través de su delirio, los considera como pruebas de la existencia y de las fechorías de los Vampas. Y, por otro lado, cuando repasa todos los acontecimientos de su existencia, llega a otorgarles un nuevo valor que jamás había sospechado cuando se produjeron, pero que descubre hoy, cuando ya sabe a qué atenerse respecto a las maniobras de sus enemigos. Está convencida de que algunas personas, a las que conoció siendo joven, han muerto a manos de los Vampas, quienes además asesinaron a todos los miembros de su familia. El delirio retrospectivo va incluso más allá: cuenta que su madre, a la que apenas conoció, pues la perdió siendo niña, murió envenenada por estos canallas, que le ponían fósforo en la comida. No se detiene entonces, sino que se remonta hasta sus abuelos, que supone estuvieron expuestos a las mismas persecuciones.

Este carácter retrospectivo y metabólico del delirio, debido a su excesivo desarrollo, se convierte desde este momento en causa de confusiones cuando se quiere determinar tanto la anamnesis como la evolución de la enfermedad a partir del interrogatorio de la enferma.

Las ideas delirantes son muy sistematizadas, casi estereotipadas, y la Sra. R... está totalmente convencida de ellas, oponiéndose a cualquier argumento. Como todos los alienados de esta categoría, nunca ha intentado controlarlas; lejos de ello, encuentra en los hechos más insignificantes las pruebas más convincentes. Así por ejemplo, el grabado de un periódico ilustrado era para ella una prueba innegable de la existencia de los Vampas y de su vida bajo tierra.

Junto a este delirio existen múltiples ilusiones y alucinaciones que examinaremos a continuación.

A partir de la historia clínica de la enferma, han podido observar, señores, que sufrió alucinaciones auditivas. Me limito a recordárselo ahora, reservándome volver a tratarlo después con todo detalle.

Podemos decir que hoy sufre alucinaciones de todos los sentidos.

Así pues, sus enemigos le enviaban olores espantosos de alimentos descompuestos, de col podrida, de tomates adulterados, de letrinas, de azufre, etc.

Además, los alimentos le producían la sensación de tener toda clase de sabores nauseabundos, de carne descompuesta, de azufre o de vitriolo. Estas diversas alucinaciones se asociaban a ideas de envenenamiento que expresaba con frecuencia.

En cuanto al sentido de la vista, en primer lugar advertimos la existencia de ciertas ilusiones, como cuando la Sra. R... creía reconocer la ropa que le habían robado sobre los hombros de algunas personas, o como cuando creía ver cristales machacados en el sobrenadante de su consomé. Pero también sufre alucinaciones visuales que aparecen con las características que hemos identificado en los perseguidos de esta categoría.

Así fue, por ejemplo, como observó destellos violáceos producidos por el vitriolo que sus enemigos le lanzaban a través de agujeros en las paredes; *creyó* ver también cascos plomizos suspendidos encima de su cabeza, seguramente pilas eléctricas; también advirtió burbujas que atravesaban las paredes y caían en su comida. También le mostraban como cosas blancas, papeles, en los que no apreciaba nada escrito. Otra vez, estando en la iglesia, ellos se le aparecieron en un túnel sobre un ferrocarril que lanzaba fuego. Hay que señalar que estas alucinaciones visuales son muy poco frecuentes, y en general elementales. Además, la enferma afirma haber visto todo claramente, aunque no está segura de que lo que percibió existiera realmente en el momento mismo en el que lo vio. Era probablemente, dice, como «la linterna mágica».

En cuanto al tacto y en general a la sensibilidad, encontramos síntomas de la misma categoría.

De esta manera, siente sobre su cuerpo viento, calor, pinchazos, etc. Una vez incluso, tuvo una alucinación táctil bastante curiosa. Me limitaré a mencionarla, ya que su interpretación nos llevaría a consideraciones psicológicas que quedan fuera de nuestro tema de hoy. Una vez sintió que la gente de la banda le escribía en el brazo derecho las palabras *comisario general*. La sensación del lápiz deslizándose por la piel desde el hombro hasta la mano era muy clara, y gracias a los movimientos de ese lápiz comprendió el sentido de los signos trazados. Afirma no haber visto ni oído nada al mismo tiempo, tampoco interiormente, además de no haber sentido nada en ninguna otra parte más que en la piel del brazo.

Los trastornos de la sensibilidad general, enfocados en conjunto, consisten en sensaciones dolorosas de todo tipo en las distintas partes del cuerpo, principalmente en los miembros y en la cabeza. La envían mediante *la física* descargas eléctricas; la *vacía*n[9] por todas partes, unas veces por un lado, otras veces por otro, por la cabeza, por los genitales…

Además, sufre muy frecuentemente alucinaciones genitales. Por la noche, siente que la zarandean y la agarran individuos, como sombras, que la violan. El acto sexual es completamente similar al que realizaba con su marido, pero en este caso le repugna.

Al hacerla sufrir de esta manera, pretenden extinguirla. Por eso se encuentra muy cansada, tiene constantes dolores de cabeza. No se explica cómo puede soportar todas estas torturas.

Finalmente, llegamos a las alucinaciones auditivas, que desde siempre han ocupado un primer plano. Donde quiera que haya estado, en cualquier lugar que se encontrase, siempre le persiguieron voces insultantes y amenazantes. Hoy todavía estas voces son casi continuas. Por otra parte, son fáciles de diferenciar de las interpretaciones delirantes simples o de las ilusiones auditivas. Estas voces se hacen oír en cualquier momento, incluso cuando esta señora está sola; parecen proceder de su lado y, con frecuencia, de debajo de tierra. Son muy numerosas; voces de hombres, de mujeres, de niños, y entre ellas hay algunas cuya entonación le resulta muy familiar y que puede reconocer. Las percibe por ambos oídos, igual que si alguien hablara realmente a su lado. Siempre oye palabras desagradables: «Vaca, puta, te rajaremos con un cuchillo, no escaparás, te partiremos la cara», etc. Estas amenazas no sólo van dirigidas a ella; sino que las voces también le hacen partícipe de sus planes contra otras

9. En el original, «*on la pompe* partout» (cursivas de SÉGLAS): 'la bombean', 'la succionan'. Pero el verbo *pomper* tiene también otros sentidos: 'obtener de alguien con cierta coerción algo que no daría de buen grado', 'agotar a alguien, dejarle sin fuerzas', 'darle la lata, molestar'.

personas. Repiten, además, todo lo que piensa, anunciando lo que quiere hacer antes de que lo haya iniciado. No ha tenido tiempo ni a pensar algo y ya les oye decir lo que ella tiene en mente (eco del pensamiento). Nunca ha visto a sus interlocutores: «Son invisibles», dice.

Señores, estas voces no son las únicas que percibe nuestra enferma; también hay «voces interiores», como ella misma afirma. Estas últimas provienen directamente de la boca y le hacen mover la lengua como si hablara. «Estoy aquí –me dicen– estoy dentro de ti, en tu boca». «No las creo –añade ella– pero se diría *que están en mí* realmente». Son insultantes, como las voces exteriores. Cuando lee, *ellos* leen con ella dentro de su boca; exactamente *como si fuera doble,* dice; pero lo leen igual que yo y no me contradicen. Estas voces interiores no las oye del todo a través de los oídos, como las voces exteriores; con frecuencia unas y otras hablan a la vez, dicen cosas diferentes, o también se alternan como en una conversación. Hay que señalar que, mientras que las voces exteriores, auditivas, son prácticamente incesantes, las demás, las interiores, motrices, son intermitentes.

También hay que destacar que son de fecha mucho más reciente. Sobre ese tema también la enferma aplica hoy su delirio retrospectivo; asegura que tiene voces interiores desde hace tiempo y no hay que forzarla mucho para que diga haberlas tenido desde siempre. Otras veces, cuando no entra en consideraciones retrospectivas, dice de manera más precisa que las interiores aparecieron después de las voces exteriores; pero en realidad, apenas las presentaba hasta después del año 1892. En efecto, cuando realicé mis primeras investigaciones sobre las alucinaciones motrices, en 1888, esta enferma fue preguntada a ese respecto, como todos los perseguidos del servicio y, en aquella época, ella no tenía voces interiores. Decía oír muy claramente sus voces por los oídos y no por el estómago, dentro de ella, como había oído decir a varias de sus compañeras. No me parece posible admitir que haya ocultado este aspecto, pues siempre ha sido muy confiada e incluso prolija en sus conversaciones. Después la volví a interrogar, en distintos intervalos de tiempo, y me confesó haber tenido voces interiores solamente en 1892, y haber entendido entonces lo que querían decir los demás enfermos cuando hablaban de eso, «e incluso a Víctor Hugo en sus poesías sobre las *Voces interiores*». Si nos remitimos pues al desarrollo de las alucinaciones auditivas y verbales en esta enferma, encontrarán ustedes la sucesión que les indiqué: primero las alucinaciones verbales auditivas elementales, comunes, luego alucinaciones verbales auditivas y por último, las alucinaciones verbales motrices.

Las distintas alucinaciones se presentan a menudo en estados de asociación o de combinación. Así, la gente de la banda decía que iba a electrizarla; desde entonces tiene dolores en la cabeza y oye un ruido como de leche hirviendo que se derrama. Al mismo tiempo le succionan los genitales y oye el ruido de la bomba puesta en marcha.

Esta es, señores, una perseguida en la que predominan las alucinaciones de tipo sensorial, cuya escasa influencia en la formación de la personalidad ya hemos estudiado. Sufre, además, desde hace mucho tiempo trastornos muy marcados de la sensibilidad general. Sin embargo, no parece que la base física de la personalidad se haya dañado a causa de eso. Se siente cansada, abatida, sufre pero aguanta. Si bien la anterior personalidad física ha podido variar un poco, no se ha creado, a causa de los trastornos cenestésicos, una base sólida para la formación, junto a la anterior, de una nueva personalidad. Desde el punto de vista físico, la enferma puede haber cariado, pero no se ha duplicado.

Con a las alucinaciones motrices se manifiesta un verdadero desdoblamiento de la personalidad. Sin embargo, hay que señalar que éste no se ha organizado, al menos hasta ahora, de un modo definitivo. Está relacionado con la presencia de alucinaciones motrices, sólo se manifiesta junto a éstas, es parcial y al igual que éstas, intermitente; la enferma cree ser doble únicamente en el momento en que aparecen estas alucinaciones. «Cuando dejaron de hablar dentro de mí –dice– se marcharon y todo se acabó por un tiempo, hasta que otros los sustituyeron». Hay que señalar también que las alucinaciones motrices intermitentes aquí son sólo un fenómeno añadido y su presencia no ha acallado en absoluto a las otras que tienen características totalmente distintas y que permanecen en segundo plano. El desdoblamiento aquí es por tanto intermitente, sin organización estable ni definitiva. A pesar de los daños parciales ocasionados a su personalidad, la Sra. R... sigue siendo, en el fondo, ella misma; lucha, aguanta, devuelve a sus enemigos insulto por insulto. «Preferiría –dice– poner la cabeza en el trangallo[10] antes que ceder». Además, a pesar de sus amenazas y de sus continuos ataques oye a sus enemigos decirse desalentados a ellos mismos: «¡Pero qué cabeza! ¡Tiene una cabeza de hierro! No va a ceder». Esta alucinación, eco objetivo del pensamiento mismo de la enferma, al parecer nos muestra que en su conciencia no hay organizado ningún esbozo de una nueva personalidad, que se desarrolle junto y en detrimento de la anterior.

10. *Billot*: tronco que usa el verdugo para la decapitación; cepo formado por dos aberturas semicirculares en la guillotina (trangallo).

III.— Vamos a ver, señores, las características de otra enferma que presenta lo que en cierto modo sería un caso mixto.

Tras una primera fase en que no presentaba apenas síntomas diferentes a los del delirio de persecución sistematizado habitual, la escena delirante cambia de aspecto como consecuencia del excesivo predominio de trastornos psicomotores y de las alteraciones de la personalidad resultantes, traducidas al exterior como ideas de posesión.

Otra alienada del mismo tipo, cuyo caso clínico ya publiqué, resumía ella misma de una manera bastante clara esta evolución psicológica al afirmar «que primero fue una *obsesión* que luego pasó ser una *posesión* del individuo atormentado por los espíritus».

Pero volvamos con nuestra enferma. El año pasado presenté, junto al Dr. G. Brouardel, este caso en el Congreso de la Rochelle (publicado en *Archivos de neurología,* nº 82). Hoy podrán ustedes encontrar muy fácilmente en su interrogatorio los detalles que ya habíamos señalado; ya que normalmente los expresa de la manera más clara y precisa.

La señora P…, de soltera L…, de treinta y seis años de edad, ingresada el 10 de julio de 1893 en La Salpêtrière, no presenta ninguna particularidad, al menos según lo que contó, en sus antecedentes hereditarios ni personales.

El inicio de los síntomas actuales se remonta aproximadamente a hace siete años. Esta mujer, que trabajaba en la manufactura de cigarros, sale un domingo por la mañana a comprar café a una tienda de ultramarinos cuyo dependiente le había hecho antes un gesto de saludo. Pero al terminar la compra él la quiso empujar hacia otra puerta; ella le respondió con un codazo y se marchó, oyéndole decir: «Te acordarás de haberte negado, morirás lentamente». Volvió enseguida a casa, muy impresionada, se llevó la mano a la cabeza para peinarse y se sintió entonces como electrizada. Se preparó el café y le dejó en la boca sabor a azufre, como estuviera envenenado; sintió entonces una sed insaciable.

Por aquellos días empezó a oír hablar a lo lejos, debajo de la cama, en la chimenea. Distinguía dos voces, una de un hombre y otra de una mujer. Esas voces hablaban en voz alta y eso «se le mandaban a los oídos». Le decían palabrotas, insultos, maldades, para hacerla ruborizarse delante de la gente.

También sufrió alucinaciones visuales; veía llamas y ponía el pie sobre ellas para asegurarse de que era real. Le hicieron ver un hombre desnudo con una vela en la mano, que le decía: «Has visto al adivino, no has muerto». Huyó, regresó y lo vio de nuevo.

Cuando se peinaba, veía sus tan ojos grandes como un puño y tan rojos como la sangre. Además, veía con frecuencia varias personas en lugar de una, o bichos en su plato, y aunque era consciente de que no era real, «que se lo hacían ver dentro de los ojos», no conseguía comer.

Por otro lado, cuando comía, notaba algo desagradable en la boca, y le decían: «¡Come caca, carroña!».

Al principio, no entendía nada de nada; la voces le dieron la razón de por qué estas miserias, al decirle: «Me has rechazado, te arrepentirás».

A partir de este momento, aparecieron algunos de los síntomas que más tarde fueron en aumento. La dejaban exhausta; le bloqueaban los pensamientos y le cortaban las frases. Le impedían realizar algunos actos, pero se obstinaba y conseguía recuperar el dominio de sí y llevarlos a cabo.

Miraba a los hombres sin poder evitarlo, y una voz se los ofrecía, indicándole incluso un lugar de encuentro, pero moriría antes que acudir, temiendo quedar sin fuerzas y no poder salir de allí. Sufría, además, alucinaciones genitales y con frecuencia sentía sacudidas eléctricas.

Por la noche, no dormía, la cama le quemaba, daba vueltas y bailoteaba; oía toda clase de ruidos, notaba temblores y sus manos se contraían; le abrían la garganta y le tiraban de la lengua.

Esto duró aproximadamente cinco años. Hasta entonces había podido luchar. A pesar de todo lo que hacían sus enemigos, que llegaban hasta a ponerle rígidos los brazos y las piernas para inmovilizarla, aún podía recuperar el control; les respondía y les hacía callar. «Ahora, ya no puede hacer nada, porque me han quitado la voluntad».

Y es que desde hace dos años aparecieron nuevos síntomas, acentuados sobre todo al cabo de seis meses, y le arrebatan toda energía personal, toda capacidad de reacción.

Las voces que percibe han cambiado de naturaleza Ya no las oye por el oído salvo un leve murmullo, más fuerte cuando habla el hombre, pero no se trata de una voz formulada. La siente a través de la boca, y hay momentos en los que la voz hace que mueva la lengua. «Así es como –dice– se comunican con ella», pues ella no llega a pronunciar nada, no oye hablar al mismo tiempo. Ha intentado parar su lengua con los dientes, pero algo tira de ella y esto vuelve a repetirse. Del mismo modo, se ciñe el corsé para detener la voz proveniente del estómago, que le dice: «¡Me aprietas, estoy bastante harta!». Otras veces se cuelga por los brazos y esto hace que la voz se detenga algunos minutos. Cuando ella habla, la voz la deja en paz, después vuelve enseguida. Está voz va acompañada a menudo de sensaciones de pinchazos y de entumecimientos en cualquier parte del cuerpo.

Además de estas alucinaciones verbales motrices, la enferma presenta también numerosas impulsiones. A veces habla muy alto en contra de su voluntad; una voluntad más fuerte que la suya y que la empuja a hacer cosas que no quiere: a salir, a correr, a andar sin parar, a beber y a comer sin razón alguna. Tiene malos pensamientos, le quitan su voluntad para hacer el bien y la incitan a hacer el mal. «Ve allí, haz esto», le dice la voz, y entonces se siente obligada a obedecer, como si estuviera electrizada. Por más que luche, sólo la lleva a sufrir; se siente atraída, como para que se levantase de la silla y se marchase a sabe Dios dónde. Se encuentra demasiado débil para luchar, la dominan y ha perdido sus facultades.

Junto a las impulsiones encontramos, a la inversa, fenómenos de bloqueo. Cuando la «electricidad» cesa, siente como un peso que la oprime. Le impiden hacer lo que desea, le apartan la mano durante el trabajo; le retiran el pensamiento; si tiene una idea, esta se desvanece y queda como una estúpida. Teme hablar porque no sabe lo que dice. Nota un peso en la espalda y tirones en los pies. La [voz de la] mujer le dice que está magnetizada, que ella es dueña de sus pensamientos y que le hará hacer todo lo que a ella le plazca, incluso matar a alguien. «¡Qué desgracia! –responde– preferiría que me internaran». Efectivamente, fue lo que hizo, pues ella misma vino a pedir su internamiento. Considero que, al tratarse de una perseguida, este hecho merece la pena señalarlo.

Advirtamos también las alucinaciones genitales y el impulso de mirar a los hombres.

Todos estos sufrimientos son resultado del magnetismo debido a la electricidad[11], que hace de la enferma *una poseída por el mal espíritu.* La explicación que da no deja de ser un tanto particular: piensa, según las declaraciones de sus alucinaciones, que el tendero, al que acusa de haberle hecho proposiciones, ha sobornado con una cantidad de ochocientos francos a un hombre y a una mujer para castigarla por haberse resistido. Nunca ha visto a estas personas, pero han establecido comunicación con ella de la siguiente manera: el día en que, al principio de todo el asunto, había ido a comprar café donde estaba trabajando este tendero, ella le dio una moneda de un franco. Recuerda que él salió un momento y al regresar le devolvió otra moneda. «Sin duda alguna –dice– se llevó mi moneda de un franco para dársela a sus agentes para que,

11. Las ideas del «magnetizador» Anton MESMER (1733-1815) habían prendido en la cultura popular del siglo XIX; a partir de su segunda mitad, las aplicaciones a la vida cotidiana de la electricidad y otros descubrimientos colaboraron a la permanencia del magnetismo en el imaginario colectivo. En este caso, como se verá pocas líneas después, mezclado con elementos esotéricos.

propietarios de un objeto que me había pertenecido, pudieran actuar sobre mí». La moneda que le devolvió el tendero estaba, evidentemente, electrizada. Al entrar en su casa la dejó encima de la cómoda y fue a peinarse, pero al llevarse la mano que había tenido la moneda a la cabeza, sintió como una enorme conmoción: le comunicación se había establecido.

Para que la enferma sienta todo lo que experimenta, el hombre se vale a la mujer como sujeto al que hace sufrir para que la Sra. P... padezca, por ende, los mismos sufrimientos. «Pues, –dice– *somos dos en una*». Por otra parte, esta mujer le explicó: «Cuando permaneces inerte, yo estoy inerte como tú; cuando ves llamas, es porque ante mis ojos prenden una cerilla; si me matan, tu morirás. Tú y yo sólo somos una: cuando me tocan, te tocan». A veces la mujer dice: «Estoy cansadísima», y entonces la paciente se siente muy cansada. «Todo lo que me cuenta me hace el mismo efecto», y añade: «Es exactamente igual que si todo eso lo hubiera dicho yo». En cuanto a sus alucinaciones genitales, también las siente a través de esta mujer; ella se estimula y la enferma experimenta al mismo tiempo sensaciones voluptuosas.

Aunque esa mujer sea una miserable por consentir padecer así para hacer que experimente los mismos sufrimientos, nuestra enferma no está demasiado resentida con ella. No la conoce, y además le será imposible, pues ella le ha dicho que nunca la ha visto a la luz del día. Por el contrario, manifiesta ideas de venganza contra el tendero, al que hace responsable de todos sus males. Lo agarrará por donde él la cogió y le enseñará «lo que se gana al hacer sufrir a una mujer».

Desde el punto de vista somático, se queja de algunos síntomas neurasténicos: cansancio general, debilitamiento, agujetas, debilidad en las piernas, pesadez en la cabeza, inflamación en el estómago. La menstruación es regular.

La complexión física es normal. Únicamente encontramos una leve asimetría facial: el lóbulo de una oreja está pegado.

Observarán pues, señores, como ya les decía antes, que cuando abarcamos en su conjunto la historia patológica de la Sra. P..., podemos reconocer dos fases en su evolución que, por otra parte, la paciente también distingue: uno en que puede, en cierta medida, plantar cara a sus perseguidores y otra en la que, totalmente dominada, sin voluntad alguna, sin fuerza para aguantar, se convierte en un objeto en manos de ellos.

En la primera fase asistimos al desarrollo de un delirio de persecución sistematizado común, con sus alucinaciones de los distintos sentidos, principalmente auditivas, sus habituales ideas delirantes, sus reacciones conocidas.

Sin embargo, ya en esos momentos hay algunos síntomas, poco marcados, que luego pasarán a ser los más aparentes.

En una segunda fase la escena delirante cambia de aspecto. Al mismo tiempo que las alucinaciones sensoriales se van borrando, nuevos síntomas intervienen y otros análogos aumentan y pasan a un primer plano. Se trata de los trastornos psicomotores: alucinaciones motrices, impulsiones, abulia, fenómenos de bloqueo, que son el acompañamiento y el símbolo de un desdoblamiento de la personalidad.

Todo esto se muestra tan evidente en la Sra. P..., que me parece inútil volver a ello. La misma naturaleza de las ideas delirantes con ayuda de las cuales interpreta esos síntomas psicopáticos, no deja de tener un tinte bastante específico. En lugar de expresar como al principio ideas de persecución bastante banales, ahora dice estar claramente poseída por un espíritu malvado, y cuando explica los medios a los que recurren para hacerla sufrir, encontramos creencias análogas a las del embrujamiento[12]. Actuando directamente sobre un ser que junto a ella forma un todo, pueden llegar a provocarle, como por carambola, sufrimientos totalmente idénticos.

IV.— Señores, existen otros casos en los que estos mismos síntomas capitales: (trastornos psicomotores, desdoblamiento de la personalidad, etc.), aparecen muy pronto, a veces incluso desde el comienzo de la enfermedad. De estos nos ocuparemos ahora. Antes de presentarles a una enferma de esta categoría, que actualmente se encuentra en el servicio, permítanme exponerles dos historiales del mismo tipo.

La Srta. A..., de veintitrés años de edad, ingresó el 20 de septiembre de 1889.

No hemos podido obtener ninguna información precisa acerca de los antecedentes de esta joven, pues no tenía familia y nadie la visitaba.

A su ingreso en el servicio, afirmaba que una banda de francmasones le perseguía y le causaba toda clase de miserias, se ensañaban con ella con ella y querían matarla.

Cuenta que hace dieciocho meses conoció durante un viaje a un hombre que le resultó muy atractivo. Este encuentro la afectó mucho, y desde entonces no podía parar de pensar en ello. Después de unos cinco meses aproximadamente, este señor, al que no conocía en absoluto, se le aparecía en todas

12. *Envoûtement*. Como ya se dijo, hechizo que utiliza una figurita en representación de la víctima, un animal o un objeto de su propiedad.

partes, hasta en su cocina. «Entonces, cuando lo vi en persona, fui tan tonta como para enamorarme. Pero Dios obró un milagro al mostrarme a su mujer, que era muy guapa y tenía un perrito negro». Como creyó que estaba casado, hizo todo lo posible por olvidarlo. Ya no pensaba en él, pero volvió a aparecer y por más que rezaba a Dios para que se marchase, siempre volvía. Entonces le hablaba y se burlaba de ella: «¡Me importas una m…!». Rezaba sin cesar, veía a un sacerdote que rezaba con ella, aunque sólo advertía su sobrepelliz blanca. No servía de nada; aquel señor volvía siempre. Vio también a otra señora de mente muy cruel, y al diablo, que se apareció en su habitación en pleno día con la cabeza completamente roja y el pelo erizado.

«Se trata de sucesos muy extraños, –añade– no entendía nada. Este señor no era un hombre, sino más bien un francmasón por hacerme semejantes cosas. Creí realmente que todo aquello significaba que quería hacerme daño, matarme».

«Rezaba siempre y el Santo al que rezaba se me apareció para tranquilizarme. También vi el tabernáculo, la santa Hostia, al Niño Jesús y a la Santa Virgen con una toga blanca y un cinturón azul; no me dijeron nada. Pero los francmasones volvieron a perseguirme. Me hablaban *interiormente, nunca a través de los oídos,* sino dentro del estómago, decían: «Vas a morir; eres tú, soy yo, es ella, es él». Ya no podía más. Acudí inútilmente a dos sitios para buscar un cura que me exorcizara. El Santo se me apareció de nuevo; sin embargo, a pesar de todo, no me atrevía a tomar la santa comunión. Veía cosas tan insólitas: a mis padres, a gente que parecía estar enfadada conmigo, y a quienes yo veía sin que ellos pudieran verme a mí. Me preguntaba de qué podía ser culpable; recé al Santo para que obrase un milagro, para que aquel señor amase siempre a su mujer. Yo soy inocente, sólo Dios lo sabe. Me pierdo en todo esto, pues hay pros y contras».

Antes de profundizar más, llamaré su atención, señores, sobre el gran desarrollo de las alucinaciones visuales, que nunca tienen tal intensidad ni tal frecuencia, y que no se acompañan, en general, de esa fe tan absoluta en el perseguido común; en el cual, por el contrario, como ya les dije en la última sesión, es más frecuente la variante psicomotora. Junto a estas alucinaciones visuales, hay que advertir el aspecto místico y a la vez erótico del delirio así como las características de las voces, que nunca se perciben por el oído sino interiormente, y corresponden por tanto a alucinaciones verbales motrices. Pero estos no son los únicos síntomas de esta categoría; hay otros más también presentes, pero todos ellos contribuyen al mismo resultado: el desdoblamiento de la personalidad.

Efectivamente, esta enferma que dice perderse en todo lo que ocurre, en los pros y en los contras, añade ya, por otra parte, que nunca está totalmente segura de lo que dice o de lo que hace. De este modo, golpetea el suelo con el pie sin saber porqué, y es que son los francmasones quienes le mueven la pierna. No sólo le hablan interiormente, sino que además la hacen hablar con frecuencia en contra de su voluntad y decir maldades cuando ella sólo piensa en el bien. «Hay momentos incluso, –dice– en los ya no sé si soy yo quien habla o ellos».

Explorada en este momento, no presenta ningún signo de histeria; ni lo encontramos tampoco en su pasado.

Desde esa época, las cosas no han hecho más que empeorar. La Srta. A... cree estar siempre bajo *la influencia* de una banda de francmasones, de Espíritus[13]; se dice *poseída.* Este delirio está asociado a alucinaciones motrices y a impulsiones de todo tipo que conforman casi exclusivamente la sintomatología.

Por otra parte, el interrogatorio se hace cada vez más difícil, pues la enferma, que presenta numerosas impulsiones verbales, las entremezcla en su discurso, y aunque acto seguido asegura: «No he sido yo quien ha dicho eso», es casi imposible no perderse.

No obstante, y ese es el hecho importante en este caso, el desdoblamiento de la personalidad es cada vez más evidente, y esta joven parece demasiado optimista cuando dice que los espíritus solamente le atormentan por las voces interiores, por las frases que le hacen pronunciar o por las acciones que le hacen llevar a cabo en contra de su voluntad.

De la simple alucinación del principio, ha pasado a la impulsión verbal, casi tan frecuente ahora en ella como el habla voluntaria; pero la paciente tiene conciencia de esta impulsión verbal, pues se disculpa a menudo por lo que acaba de decir. Los Espíritus, los francmasones, hablan a través de su boca, y no dicen más que groserías que van dirigidas a ella misma o a las personas de su entorno. «Camello[14], pedazo de monstruo, etc.»; o bien, «El médico no lo entenderá, es un imbécil, etc.».

Cuando estos insultos van dirigidos a sus vecinos, ella se disculpa inmediatamente declarando que sólo los Espíritus que están dentro de ella han podido decir semejantes horrores. Si van dirigidos a ella, responde a ese tenor, pero reconoce entonces que ha sido ella quien ha formulado esa respuesta.

---

13. Con mayúscula en el original.

14. *Chameau*: 'camello'. Documentado en francés desde1828 como injuria grave contra una mujer; equivalente a *vache* (vaca) o *cochonne* (cerda), en su acepción insultante: 'puta'.

Al margen de estas impulsiones verbales, las alucinaciones verbales motrices son muy repetitivas. Se trata, sin duda, como ya les expliqué, de una de las causas que con frecuencia impiden a la enferma comunicarse con nosotros, pues no puede disponer de sus imágenes motrices, monopolizadas en este momento por la alucinación. Por otra parte, ha adoptado una posición característica: se mantiene doblada en dos, con la mano apretada contra el pecho, esperando con ayuda de esta compresión hacer que paren las voces cuyo punto de partida se encuentra en la región epigástrica. No abandona esta posición sino para darse fuertes puñetazos en el estómago.

A ratos tiene impulsos violentos, golpea y rompe los muebles. Seguidamente, declara no entender nada, que no es ella quien ha hecho eso, los Espíritus son los únicos responsables.

De vez en cuando tiene periodos de remisión; cuando se le pregunta por su delirio sólo responde con esto: «¿Qué quieren que les explique? No sé nada de eso; son ustedes quienes deberían saberlo».

Hasta ahí, las impulsiones, verbales o demás, completamente involuntarias, eran sin embargo conscientes; la paciente se daba cuenta de que había hablado o actuado en contra de su voluntad, aunque no reconocía *como suyo el pensamiento* que había dictado tales actos o tal discurso.

Ahora las cosas se han acentuado aún más, el desdoblamiento de la personalidad se vuelve cada vez más claro y profundo. No siempre reconoce como suyo el pensamiento que dirige algunos de sus discursos o de sus actos; y además, aunque el acto o el discurso le parezcan totalmente extraños, incluso ignora que se produzca esa ejecución[15]. Se trata del acto o el habla involuntarios e inconscientes.

Éste habla inconsciente e involuntaria aparece en ella de una manera muy clara: habla en voz alta, en contra de su voluntad y sin ser consciente de ello. Los movimientos articulatorios que realiza son completamente inconscientes, percibe su propia voz como una voz exterior y atribuye a otras personas las palabras que acaba de pronunciar ella misma y que le han llegado al oído. Mantiene, de este modo, una conversación consigo misma, respondiendo a sus Espíritus persuadida de haberlos oído, cuando es ella mima la que habla en voz alta sin ser consciente de ello. Da igual que le aseguremos que hemos oído su voz, que la hemos visto mover los labios; niega firmemente haber hablado de ninguna otra manera más que para responder a lo que ha oído. Cuando habla involuntaria e inconscientemente tiene, por otro lado, una actitud muy particular.

15. Este párrafo resulta muy oscuro en el original, como si faltase texto o hubiese algunas erratas.

He aquí algunos ejemplos:

«Soy sacerdote…, vuestro padre…, una mujer hechizada… para arrojarla al estercolero».

Cuando pronuncia estas palabras, la enferma, sentada, gira la cabeza y parece escuchar, como si alguien le hablara desde atrás. Luego se levanta, se inclina hacia el lado por el que escuchaba y dice en voz alta, pero con otro tono: «Yo no entiendo nada, soy inocente».

Durante mi interrogatorio, afirma no haber pronunciado más que esta última frase: ha respondido a lo que había oído. Respecto a las demás frases, las había oído, pero afirma que no las ha pronunciado.

I.— ¡Señora Dubois!

C.— No la conozco, no soy de la ciudad.

I.— Santo Tomás es blanco como la muerte.

C.—¿Un santo que se me apareció?

I.— Él sabe entenderte.

C.— No lo entiendo, no puedo hablar.

I.— Esta chica es sacerdote.

C.— Yo no sé que decir.

I.— Para tirar al estercolero[16].

C.— Soy inocente… *(girando la cabeza hacia mi)*. Tengo miedo de que los francmasones me hagan daño.

En estas frases, unas (C) son únicamente conscientes. «Soy yo quien dice eso», declara la enferma cuando se la interroga sobre esto. Las demás (I) las ha oído, pero niega firmemente haberlas pronunciado, haber hablado en ese instante aunque haya hablado en voz alta.

Hay que señalar que estas frases, involuntarias e inconscientes, son con frecuencia las más incoherentes, y no se pronuncian con la misma entonación que las demás.

Desde esa época (1892), se ha hecho prácticamente imposible comunicarse con esta enferma. Habla durante todo el día con sus francmasones, sus Espíritus, que a veces se expresan a través del habla involuntaria e inconsciente, en voz alta o baja, y otras veces a través de la simple alucinación motriz. Permanece sentada con la actitud descrita, con el puño contra el estómago, y no deja esta postura sino para golpearse el pecho repetidamente, como si quisiera acallar las voces epigástricas, o, a ratos, como para llevar a cabo una acción violenta.

---

16. *À jeter au* [falta texto en el original…] *-mier*. Probablemente, *À jeter au fumier*, 'para echar al estercolero', frase dicha en habla involuntaria e inconsciente que aparecía líneas antes.

Alucinaciones visuales numerosas, de tinte místico; alucinaciones verbales motrices, luego impulsiones motoras de toda clase, habla involuntaria e inconsciente y, simultáneamente a todos estos síntomas, se desarrolla progresivamente, aunque existe desde el principio con las mismas características un desdoblamiento de la personalidad cada vez más evidente, que se traduce por ideas de posesión.

Así puede resumirse este cuadro clínico que, creo, les justificará lo que les decía acerca de las características y el desarrollo precoz de estos síntomas que proporcionan a la enfermedad, desde un comienzo, una fisionomía particular.

V.— Les presento, señores, otro ejemplo. Encontramos también en él la aparición desde el principio y el desarrollo progresivo de los mismos síntomas específicos, con desdoblamiento de la personalidad e ideas de posesión, pero con un matiz diferente, ya que a continuación aparecen ideas delirantes de grandeza y de persecución comunes, como consecuencia de las primeras.

La Sra. P..., de cuarenta años, ingresó en La Salpêtrière el 31 de agosto de 1880.

Su padre estaba desequilibrado y era bebedor; ésta es la única información que he podido encontrar en los antecedentes familiares.

La enferma permaneció en un internado hasta los veintiún años. Primera menstruación a los quince años. Siempre tuvo un carácter excéntrico; muy orgullosa, soñaba con alcanzar una gran posición en el mundo. Tenía una mentalidad con tendencia a lo fantástico y le encantaba leer libros de ciencia. Trabajó en numerosos oficios, se iniciaba en toda clase de materias, pero enseguida se cansaba y las abandonaba. Finalmente se hizo comadrona.

Desde hacía dos o tres años, leía libros de espiritismo[17] y frecuentaba sociedades de hipnotizadores y de espiritistas.

Seis meses antes de su ingreso, una de sus amigas la llevo a una sesión de espiritismo. Hasta entonces, dice, había sido incrédula. Pero desde ese día, invocaron delante de ella al espíritu de su madre y el de Allan-Kardec[18], que

17. Durante la segunda mitad del siglo XIX y hasta la Primera Guerra Mundial, el espiritismo estuvo muy de moda en Occidente, llegando a atraer incluso la atención de científicos positivistas como Cesare LOMBROSO, Enrico MORSELLI, o intelectuales como Arthur Conan DOYLE. Puede consultarse nuestra «Presentación» del anterior volumen de esta Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, *Manual de semiología de las enfermedades mentales*, de Enrico A. MORSELLI, Madrid, Ergon, 2011, pp. XI-XXVII.

18. Allan KARDEC (1804 - 1869). Pseudónimo del pedagogo francés Hippolyte-Léon-Denizard RIVAIL, sistematizador del espiritismo tras ser informado por sus «espíritus familiares» de que había tenido una

le animó a ocuparse del espiritismo. A partir de ese momento, se obsesionó con la idea de establecer trato con los espíritus. Comenzó haciendo que la mesa se moviese, continuó durante tres semanas: la mesa se movió, pero eso fue todo. En esa época, una noche hacia las tres de la madrugada, mientras invocaba a los espíritus, oyó de pronto una voz muy clara, sin ningún sonido exterior, pero *que se hacía oír dentro de ella*. Decía ser el alma de Paganini que le ordenaba ir al piano. Obedeció por curiosidad, dice, y entonces oyó una voz cantar *desde su mismo interior.* Oía una frase musical entera y la repetía. «Era admirable».

Desde entonces no ha dejado de oír voces de este tipo, completamente *interiores,* pertenecientes todas a espíritus de importantes personajes que se comunicaban de este modo con ella. La mayoría de las veces, estas conversaciones le resultaban muy agradables. A veces sentía que los espíritus la llamaban desde todas partes que se le manifestaban a la vez, pero no podía discernirlos. Estas voces se oían sobre todo por la noche, hacia las tres de la madrugada, pocas veces durante el día, y paraban en cuanto alguien aparecía. En aquella época veía por la noche cuadros, personajes en relieve, pero borrosos, como sombras. Estas visiones siempre eran agradables.

Hacia el sexto mes, se despierta una noche como de costumbre, a las tres de la mañana y se siente *obligada a cantar en contra de su voluntad.* Su voz tenía un timbre *admirable,* y los fragmentos que cantaba sin conocerlos, dice, también eran *admirables.* A partir de entonces, los Espíritus se expresaban a menudo a través de su boca. *Hablaba en contra de su voluntad;* era como una fuerza sobrehumana que la hacía hablar sin que pudiera resistirse. Las palabras le llegaban de manera espontánea sin reflexionar. Era como una improvisación del Espíritu y además siempre era admirable. El violinista italiano Paganini, el religioso Lamennais[19], etc., cantaban o hablaban de este modo a través de su boca. Inmediatamente olvidaba tales cantos o palabras.

Fue el espíritu de Pinel el que la ordenó venir a La Salpêtrière. Se opuso durante varios meses, pero esa voz interior no dejaba de repetirle la misma

---

existencia previa, en tiempo de los druidas, y de que ahora tenía la misión de ser instrumento de ellos para regenerar a la Humanidad.

19. Félicité-Robert de LAMENNAIS (1782-1854). Filósofo francés ordenado sacerdote en 1816. En sus primeros escritos, Lamennais combatió las libertades propugnadas por la Revolución, y por otro defendió la autoridad del Papa sobre la vida civil. Su *Ensayo sobre la indiferencia en materia religiosa* (1817-23), le colocó en el primer plano de la vida cultural y social del momento. Sin embargo, años más tarde reclamó la separación de Iglesia y Estado. En *Palabras de un creyente* (1834) se reafirmó en sus nuevas teorías, buscando un cristianismo proyectado totalmente en el campo social. En adelante se dedicó a la política, militando en el partido demócrata.

orden y se sintió obligada a obedecer. «Sólo allí –le decía la voz– hallarás la tranquilidad».

En los primeros días de su ingreso, la Sra. P... acusaba aún los mismos síntomas. Decía comunicarse con Espíritus que le hablaban interiormente o incluso que hablaban a través de su boca. Cuando lo examinamos atentamente, comprobamos claramente en ella el desarrollo gradual de la alucinación motriz. Primero, dice, no tenía más que voces interiores, es decir, conversaciones mentales. Si entonces hablaba, no hacía más que repetir simplemente la voz percibida, como un eco, aunque fuera ella claramente quien hablara. Posteriormente, las voces interiores se acompañaron de movimientos articulatorios; sentía que la lengua se movía dentro de la boca, como si quisieran hacerla hablar. Más tarde obedeció a esa solicitud, y hablaba, a su pesar, en voz alta inspirada por los Espíritus, y ya no como al principio de manera voluntaria y en forma de eco de la voz interior. Se trataba de una impulsión verbal. A pesar de todo, aún hoy la alucinación motriz es la más frecuente. Es prácticamente continua si la enferma se deja llevar, y comprobamos fácilmente que va acompañada de movimientos labiales.

Estos movimientos son aún más aparentes en la lectura silenciosa. La Sra. P... dice también que los Espíritus leen interiormente lo mismo que está leyendo ella y acompañan su lectura con toda clase de comentarios que la sorprenden y que le parecen admirables.

En el terreno de la escritura encontramos también, señores, síntomas análogos a los que acabamos de señalar respecto al lenguaje articulado.

El más curioso es la escritura automática.

El espíritu de Allan-Kardec le dijo un día desde su interior: «Quiero que la Sra. P... se ejercite en la escritura».

Cogió un lápiz y entonces sintió su mano «como llevada por alguien, moverse con suavidad», escribiendo versos. Cuando se acabó, la mano se detuvo sola. No sabía, dice, lo que escribía sino por una voz interior, que guiaba de alguna manera los movimientos de la mano sin su conocimiento. Cuando releía lo que había escrito, se quedaba estupefacta al ver que eran poesías *admirables*. Su letra no había cambiado.

El carácter automático e inconsciente de la escritura es todavía más claro en los siguientes hechos, que son más frecuentes que los otros.

Algunas veces, cuando sentía su mano asida moverse sobre el papel, la Sra. P... comprobaba que sólo trazaba caracteres extraños, incomprensibles. Así que creía escribir en «en lenguas egipcias». Para comprender su sentido estaba obligada a traducir símbolo por símbolo su escrito con ayuda de la

mesa giratoria[20], que le contestaba dando para cada uno de ellos un número de golpes específico, correspondiente –mediante un acuerdo previo– a cada letra del alfabeto francés. Solamente después de haber deletreado su escrito y anotado las letras una por una, podía conocer su contenido.

Nos ha resultado imposible provocar experimentalmente la escritura automática[21]. Sin embargo, estos síntomas del lenguaje escrito sólo aparecen en intervalos poco frecuentes, a pesar de que la Sra. P... escribe mucho.

La mayoría del tiempo, escribe por sí misma, como se escribe normalmente, y entonces no hace más que transcribir los pensamientos dictados por las voces interiores. Sabe que es ella misma quien escribe y sabe lo que escribe, pero para ella no se trata de la expresión de su propio pensamiento.

Haciéndola escribir podemos poner en relieve, de forma hasta cierto punto experimental, el carácter motor de sus alucinaciones. Le pedimos, por ejemplo, que escriba ante nosotros lo que el Espíritu le vaya revelando. Traza, por medio de su escritura normal, una extensa página bastante incoherente y, durante todo ese tiempo, podemos verla claramente mover los labios, como dictándose a sí misma, sin que en ningún momento hiciera el gesto de prestar atención a una conversación o girara la cabeza, tal y como hacen los enfermos con alucinaciones auditivas cuando escriben bajo el dictado de las voces auditivas.

Estos distintos desórdenes de la escritura se corresponden con las diversas variedades que los espiritistas distinguen entre los médiums escritores. Unas veces la enferma se presenta con las características del médium semimecánico que siente una impulsión involuntaria dada a su mano a su pesar, pero es consciente de lo que escribe a medida que se van formando las palabras. Otras veces posee las características del médium mecánico, que escribe en contra de su voluntad y que no es consciente en absoluto de lo que escribe. Finalmente, en otras ocasiones puede aparecer con las características del médium intuitivo que es consciente de lo que escribe aunque no se trate de su propio pensamiento, y que se se limita a cumplir el papel de intérprete.

Esta transcripción de las voces es la principal ocupación de la Sra. P..., una verdadera grafómana. Todo le vale para escribir, plumas, lápices, puntas de cerillas; gasta papel de manera exagerada y, a pesar de todo, nunca tiene bastante. No desaprovecha ningún espacio; escribe en el margen, escribe renglones verticales cruzando los horizontales; escribe hasta en los sobres de las cartas que

20. Se refiere a la pequeña mesa utilizada típicamente en las sesiones de espiritismo.

21. SÉGLAS parece referirse a esta enferma, no a un experimento más general como cuando mencionó su investigación acerca de las alucinaciones.

le envían, en los márgenes de los periódicos, en el papel mojado que recoge, en los papeles o cartones para embalar que envuelven los objetos que su familia le trae. Y siempre son revelaciones de los Espíritus, profecías de todas clases.

Estos escritos tienen algunas características particulares. En primer lugar, comienzan siempre con la palabra «Dios», escrita tres veces en el mismo renglón, separadas por un cierto espacio y rematadas por una cruz. Con frecuencia, debajo encontramos repetida, a modo de epígrafe, la siguiente invocación: «¡Dios mío! tened piedad de nosotros y todos juntos cantaremos vuestras alabanzas por la eternidad de los siglos». Luego sigue el texto: invocaciones a los Espíritus, revelaciones, profecías escritas en prosa rítmica o en versos cuyas rimas la mayoría de las veces son sólo asonantes. Aunque son admirables para la enferma, debemos decir que los diversos escritos son insignificantes, y eso cuando no son completamente incoherentes. Por otra parte, apenas varían y siempre giran más o menos sobre el mismo círculo. Las repeticiones son numerosas; además encontramos un verdadero abuso de las preposiciones, de epítetos singulares, de calificativos a menudo contradictorios. El curso de la frase se ve interrumpido frecuentemente por las palabras «*¿me entiende usted?*» que de algún modo confirman la comunicación entre los Espíritus y la enferma. Hay que señalar también las faltas de puntuación, la interposición de símbolos en forma de cruz entre algunas palabras, o los extraños dibujos adornados por una leyenda como, por ejemplo: «La trompeta del Juicio Final», o «Para abofetear a los impostores».

Cuando antes hablaba de la escritura automática, les decía, señores, que la enferma traducía a menudo eso que escribe en letras «egipcias» deletreando con ayuda de una mesa giratoria. Ella misma, en efecto, hace girar las mesas. Le rogamos que realizara este ejercicio delante de nosotros, y la experiencia, según ella, fue demostrativa. Es indudable que le mesa se levantó y que sus patas golpearon numerosas veces, correspondiéndose cada golpe a una letra determinada. Sin embargo, no fueron menos evidentes los movimientos realizados por la Sra. P... para conseguir ese resultado. Le habíamos hecho subirse las mangas dejando los brazos al aire, así sería más fácil comprobar las contracciones de los músculos que correspondían a cada elevación de la mesa, y que eran cada vez más claros si además le oponíamos algo de resistencia a ese movimiento. La enferma, totalmente entregada a su comunicación, actuando con los ojos cerrados y con un aire de profundo recogimiento, afirma conocer el texto de la revelación únicamente después de la traducción de los símbolos transmitidos por la mesa. Mantiene a toda costa no haber realizado ningún movimiento y dice que nos equivocamos por competo cuando afirmamos haberlo comprobado.

Pero los Espíritus no se limitan únicamente a hacerla hablar, cantar, escribir o mover mesas, sino que también le hacen levantarse y caminar a pesar suyo. Todas estas acciones son independientes de su voluntad, dice. Se las ordenan los Espíritus y se siente empujada a llevarlas a cabo sin poder resistirse; «se trata del sonambulismo». Deduce de todo ello que ella no es la responsable, pues todo lo que dice o hace se lo imponen los Espíritus.

Estos Espíritus con los que se comunica de este modo, son sumamente numerosos, apareciendo uno tras otro a cada instante. Son por ejemplo: Pinel, Paganini, Lamennais, Safo de Lesbos, Isabel de Baviera, Raquel la virgen de Israel, la gran judía Salomé, Jacob, Sesostris I, Catalina de Médicis, Carlos IX de Francia, Margarita de Borgoña, Buridan, Holofernes, Abraham, Allan-Kardec, Rafael, Galileo Galilei, Santa Marta de Betania, Lucifer, etc.

Considera todo lo que experimenta como un favor: *no renunciaría por nada del mundo a esa posesión de los Espíritus.* En otro tiempo tuvo espíritus «obsesores»[22], a los que seguramente había ofendido sin haber sido consciente de ello, y que le hacían escribir o realizar todo tipo de cosas desagradables o comprometedoras. Pero esto fue pasajero. Siempre ha tenido revelaciones admirables comunicadas por Espíritus superiores, que son los únicos que se manifiestan actualmente.

Bajo la influencia de las ideas espiritistas, el delirio adopta un marcado carácter palignóstico. «Créame, –dice la Sra. P...– veo y oigo cosas, pero no me impresionan en absoluto, pues ya las he vivido». Está convencida de haber experimentado vidas anteriores y de haber sido la escritora George Sand, Clemencia Isaura, la hija de La Fontaine, la mujer de Buridan, encarcelada veinte años por Margarita de Borgoña, etc.

Asimismo, reconoce en las personas de su entorno reencarnaciones de personajes que conoció en sus existencias pasadas. De este modo, el médico interno del servicio se transforma en el papa Sixto V, la vigilante es la reina consorte Catalina de Médicis, el doctor P... es en realidad el ilustre Jean Ziska, el doctor P... es el profeta Mahoma, una enferma del servicio es la poetisa Safo de Lesbos, otra es Judit, una tercera la condesa viuda de Rouille…Y yo mismo, soy el hijo de Allan-Kardec, «que, además, es una sola persona con el gran Pinel, de honrada memoria, ese padre que me adora y quiere que restaure la nueva Sion (La Salpêtrière)».

Añadiré, señores, que no pude observar nada extraño desde el punto de vista físico. No había ninguna manifestación previa, ni siquiera leve, que pu-

22. *Obsesseurs*: neologismo. Sonaría en español como «obsesores» u «obsesionadores».

diera relacionarse con la histeria, tampoco ningún síntoma o estigma actual de esta neurosis.

Unos días después de su internamiento, la Sra. P... nos anuncia una mañana, el 14 de septiembre, que tiene voces auditivas (*sic*) desde hace cuatro días. Nunca había oído las voces de ese modo. Está encantada, pues esta es la prueba de sus progresos en las ciencias espiritistas: los Espíritus se manifiestan en ella de manera más clara que antes. Cuanto más orgullosa se siente, tiene una actitud más inspirada que nunca.

No obstante, las voces interiores siguen persistiendo, a juzgar por una frase revelada en los escritos realizados por la enferma en esta época: «Oigo las voces de una forma auditiva y sensitiva a la vez, auditiva como un ser que le hablase a usted al oído, ¿no?, y sensitiva, es decir, como si percibiera la sensación de un ser que habita el pensamiento y que le habla a usted. Es así como las oigo sucesivamente, y las dos voces son continuas y me encanta cuando se alternan, y cuando las oigo turnarse me emociono y mi corazón y mis sentidos palpitan, pues vivo una triple vida»[23].

Las alucinaciones verbales auditivas sólo se presentaron durante un estado episódico, y el 1 de octubre la enferma dijo no tenerlas desde hacía ya unos días, y yo añado que no han vuelto a aparecer.

En este tiempo, la Sra. P... presenta siempre los mismos síntomas que acabamos de revisar. Pero, además, no se contenta ya considerando como una gracia la posesión de los espíritus: llega a expresar verdaderas *ideas megalomaniacas.* Se convierte así en la primera médium del mundo. Es la auténtica profetisa Ana y su padre en esta vida no es otro que el obispo de Tours; algunas veces es también doctora y ha realizado descubrimientos que revolucionarán la obstetricia. Simultáneamente, su actitud se vuelve cada vez más orgullosa y arrogante. Sigue siendo grafómana, sigue escribiendo revelaciones de toda clase bajo el dictado de los Espíritus; sin embargo, ahora llega a identificarse con los ellos y con frecuencia nos entrega esos escritos como si se trataran de producciones personales, aunque le sean siempre dictados por voces interiores.

A finales de octubre aparecen también nuevas ideas delirantes; son *ideas de persecución.* La enferma se enfada, se irrita por haber sido internada y no deja de protestar en contra de este internamiento. Hay un complot secreto organizado contra ella. Es un secreto terrible que ha descubierto gracias su

23. Como ya dijo SÉGLAS, el estilo de la enferma es algo banal. Intentamos mantenerlo en la traducción.

doble vida. La han internado por sorpresa, por una supuesta herencia de 10.000 francos; para robarle sus documentos espiritistas, para impedirle que divulgue las revelaciones y las profecías, por envidia a sus descubrimientos. Son infamias e ignominias. Aunque su cautividad se haya mitigado «gracia a la susodicha posesión», es necesario que se le den explicaciones. Hemos acabado con su futuro, su profesión, por ello le debemos una indemnización, quiere demandarnos por daños y perjuicios y citar a aquellos que la han secuestrado ante los juzgados, entre los que yo figuro en primera fila. Se queja de que le han suministrado, hasta tres veces, treinta y cinco gramos de láudano en el café. Reconoció el sabor del láudano y lo escupió, si no la hubieran envenenado. Está siendo devorada por una «tenia cucurbitácea» que le hemos introducido en su cuerpo, no sabe cómo, y la sentía moverse por dentro y devorarla.

Los síntomas delirantes han alcanzado desde entonces su completo desarrollo y continuarán así hasta la muerte de la enferma: ideas de posesión teomaniaca siempre predominantes, junto con los fenómenos motores estudiados anteriormente, sin alucinaciones sensoriales, con ideas de grandeza y con ideas de persecución, y todo ese delirio está rigurosamente sistematizado.

Siempre grafómana, la Sra. P... no deja de cubrir cuadernos enteros con revelaciones que le dictan las voces interiores. Al mismo tiempo, escribe numerosas cartas para reclamar el alta.

Hay que indicar que estos dos tipos de escritos son completamente distintos unos de otros. Los primeros poseen siempre las mismas características que ya he señalado a ustedes: contenido incoherente, estructura versificada, repeticiones, fórmulas especiales, símbolos intercalados en el texto. Los segundos son sumamente lógicos, correctos en la expresión de ideas, en la estructura, en los signos gráficos; no tienen de particular más que el tono agresivo. Estos últimos sólo están relacionados con las ideas de persecución. Hay otros, sin embargo, que son de algún modo intermedios: se trata de aquellos en los que la enferma protesta y en los que junto a las ideas de persecución intervienen las ideas de grandeza. Los escritos presentan a menudo una estructura formal alegórica que corresponde a la expresión de estas últimas ideas y, debido a las características del contenido y de la forma, parecen participar tanto una como otra de las dos categorías de escritos anteriores.

La enferma murió en este estado el 28 de febrero de 1890, como consecuencia de un flemón en el cuello. No se pudo realizar la autopsia, pues el cuerpo fue reclamado por la familia. Debo decirles, a este respecto, que sus parientes, el padre y el hermano, aunque estaban separados de le enferma,

acabaron compartiendo su delirio y nos amenazaban, como ella, con demandarnos por daños y perjuicios si no le dábamos el alta.

Me parece, señores, que la historia de esta dama se corresponde muy bien con la descripción de la variedad psicomotriz de los delirios de persecución sistematizados que les descrito. Muestra de manera evidente en qué se diferencian los casos de este tipo, cuando llegan a identificarse del modo descrito, de los casos ordinarios del delirio de persecución, como el de nuestra primera enferma, por ejemplo.

No insistiré en las pocas alucinaciones visuales experimentadas por la señora P… Pero han visto ustedes desde un comienzo situarse en primer plano del cuadro clínico, y para jamás borrarse de ahí, a las alucinaciones verbales frecuentemente repetidas, después a las impulsiones verbales, a la escritura automática, impulsiones motrices diversas, y sólo encontrarán a título episódico algunas alucinaciones auditivas completamente transitorias. Se manifiesta paralelamente un desdoblamiento de la personalidad de lo más claro que puede haber, y todos estos trastornos psíquicos en conjunto se interpretan, en resumen, como un acto de posesión por los Espíritus.

Debido a un matiz especial, las ideas de posesión son diferentes de las que hemos descubierto en las observaciones anteriores, donde correspondían siempre a un caso de persecución. Aquí, al contrario, aunque la enferma haya tenido que bregar con los malos Espíritus, eso apenas duró nada, y podemos decir que sólo ha estado relacionada siempre con espíritus superiores. Mientras que los otros casos se asemejaban a los antiguos demonómanos, esta paciente habría encontrado su lugar entre los teómanos de antaño.

Además, al considerar como un favor la «susodicha posesión», consigue fácilmente obtener vanidad de ese privilegio, creerse ella misma un ser superior e identificarse prácticamente con los Espíritus, y por eso expresa verdaderas ideas de grandeza.

De ahí a la idea de persecución común no hay más que un paso. Lo da fácilmente cuando se figura que los favores de los que goza y sus capacidades especiales suscitan la envidia y el odio de quienes la rodean y que, al secuestrarla, le impiden dar a conocer al mundo la prueba de su talento.

Pero a pesar de todo, hay que señalar que estas ideas de grandeza, de persecución, no acallan en absoluto a las anteriores ideas de posesión ni a los distintos trastornos psíquicos a los que están asociadas.

VI.— Señores, si en el caso anterior las ideas de grandeza y de persecución se manifiestan como una consecuencia casi lógica de las ideas de posesión, viene en apoyo de lo que a ese respecto les señalaba en nuestra última reunión,

sin duda ustedes recordarán que les indiqué también el posible paso de las ideas de posesión a otras totalmente diferentes, las ideas de negación.

Veamos un ejemplo. Encontrarán, por otra parte, los mismos trastornos psicomotores desde el comienzo, así como las mismas alteraciones de personalidad.

Ya he tenido la ocasión de publicar de manera muy detallada el caso clínico de esta enferma (Congreso de París de 1889 y Congreso de Blois de 1892), así que sólo les esbozaré las características principales[24].

La Sra. R... tenía sesenta años en 1886, cuando se manifestaron en ella los primeros síntomas morbosos que consistían en trastornos de la sensibilidad general y visceral, en numerosas alucinaciones motrices, que no hicieron más que acentuarse desde entonces y que ahora están muy desarrolladas, son más claras y casi continuas. Las alucinaciones sensoriales siempre fueron muy infrecuentes, sobre todo las auditivas (la enferma sólo señala tres en los ocho años de enfermedad). Hay alucinaciones del gusto, del olfato y principalmente de la vista, así como algunas genitales.

En primer lugar, creyó haber sido censurada por unos sacerdotes que desprecian la religión; luego no tardó en decir que estaba siendo escayolada, ahumada, hechizada por cinco sacerdotes que las poseían; tenía uno en la cabeza, dos en la garganta, uno en el vientre y otro en el estómago.

Son esos malos sacerdotes o demonios (*sic*) quienes la dominan. Hacen que se pierda en la calle, le obligan a lanzarse al agua aunque no quiera. Le hacen caer por las escaleras, mover los dedos de los pies, hablar en contra de su voluntad, decir montones de atrocidades, le hablan dentro de la lengua, que mueve constantemente, dentro de la nariz y de los ojos. Le dictan todos sus actos, le hacen perder el hilo de sus pensamientos, le hacen actuar o se lo impiden. Algunas veces conversan entre sí; ella *siente* que se pelean: uno quiere algo y otro no lo quiere. Le han arrojado «el bermellón»[25] a los ojos. Es como un demonio bajo la forma de una cochinilla, de un *microbio*, y así es como los espíritus de los sacerdotes se han metido dentro de ella. La poseen de manera que hablan a través de su boca, ven a través de sus ojos y utilizan su pensamiento.

El resultado de esa magia que los sacerdotes hacen con su cuerpo es que ya no tenga sentimientos, ni memoria ni pensamientos. Le han cogido todo; porque después de haberle quitado sus facultades le han llevado los órganos. Ya no tiene «tripas», ni amígdalas, ni úvula; sus miembros están separados, su ombligo está fuera de su sitio; no tiene corazón, ni pulso, ni sangre, ni venas en los brazos, ni

24. SÉGLAS ya mencionó a esta enferma en la lección 18, en este volumen, p. 145 y ss.

25. Ver Lección 18, p. 164, nota 8, en este volumen.

uñas. Su garganta está cerrada y ellos se la abren para comer. No va al váter como cualquier persona; sus deposiciones cambian a diario. Tampoco tiene estómago, ni recto ni ano; digiere por la espalda. Está perforada por sus dos extremos. Tiene un agujero entre los hombros; ya no siente bajar los alimentos, es como si cayeran en un pozo. Tampoco tiene caderas, todo su cuerpo está desfigurado. Sus ojos no se giran, la pupila está sellada, ya no se mueven, etc.

Bajo la influencia de las ideas delirantes, antes de su internamiento la enferma fue a reclamar protección a la comisaría de policía y a encontrarse con un hipnotizador que le había explicado que todo aquello era obra de un sacerdote.

Hoy no deja de pedir que la exorcicen. Si fuera «deshechizada», volvería a ser como antes; protesta contra su internamiento, escribe cartas y cartas, porque no hay derecho a que secuestren a la gente que ya no tiene ni amígdalas, etc. Intenta protegerse contra los actos de los sacerdotes por todos los medios posibles. Se enfada con frecuencia, insulta a sus atormentadores. Un día, por ejemplo, la vi colocarse delante de un espejo, chirriando los dientes y crispando los dedos ante sus propios ojos, gritando: «¡Oh, malditos!». A veces insulta y amenaza a las personas de su entorno, y se disculpa enseguida diciendo que son los sacerdotes y no ella. Jamás ha presentado ningún síntoma de estado melancólico.

He aquí, señores, una alienada que, por la sintomatología particular de su enfermedad, encaja bien desde un principio, en la categoría que estudiamos. Las ideas de posesión se acompañan enseguida de ideas de negación muy acentuadas, en relación con las alteraciones de sensibilidad general y visceral y con los trastornos psicomotores.

No insisto más en el diagnóstico diferencial de este delirio de negación con el vinculado a la melancolía. Ya les indiqué las características diferenciales en nuestra última reunión.

La evolución de la enfermedad, la filiación de los síntomas y las características del delirio, diametralmente opuestas a lo observado en la melancolía, se aproximan, por el contrario, a lo que encontramos en el delirio de persecución sistematizado.

Por otra parte, no considero necesario señalar un hecho que ustedes mismos habrán advertido seguramente: todas las enfermas que acabo de presentarles, sin importar las variaciones de la fisionomía de su enfermedad, debido a sus características fundamentales encajan perfectamente en el cuadro clínico de la locura sistemática primaria. Y quizás tendría interés reservarle un pequeño lugar, como variedad clínica, en este amplio grupo en el que figuran numerosos casos muy dispares, entre los cuales sería realmente útil, desde cualquier punto de vista, establecer una clasificación.

VIGÉSIMOQUINTA LECCIÓN

LAS IDEAS DELIRANTES DE DEFENSA[1]

SUMARIO. — Definición de idea de defensa. — Ideas de defensa activa y pasiva.
A.—*Ideas de defensa pasiva.*
1º Cómo designa el enfermo a sus defensores.
2º En qué consiste la idea de defensa. — Síntomas concomitantes.
3º Medios empleados por los defensores.
Valor diagnóstico y pronóstico de estas ideas.

B.—*Ideas de defensa activa.* Pueden manifestarse:
1º A través de la lengua hablada.
2º A través de la lengua escrita.
3º A través de la mímica, las altitudes, los hábitos y las costumbres.
Valor pronóstico de estas ideas.

Señores,

Hablar de la ideas de defensa en el alienado parece, a primera vista, que tendría que consistir en limitarse a estudiar las reacciones a las que se entrega bajo la influencia del delirio para ponerse en guardia contra sus enemigos. Sin embargo, sólo se trata de un aspecto restringido de la cuestión, y debe enfocarse desde un punto de vista más general. Junto a estas reacciones defensivas bien conocidas, encontramos casos menos estudiados en los que el enfermo relaciona a la emisión de algunas palabras, al cumplimiento de ciertos hábitos, a algunos gestos, una idea de defensa contra sus enemigos. Además, algunos sujetos presentan, junto a las ideas de persecución, ideas antagonistas de defensa, concepciones delirantes que pueden imprimir un aspecto particular al delirio. En el primer caso, el alienado interviene por

1. [Nota de SÉGLAS] Lección recogida por el Dr. Henry MEIGE y publicada en *Médicine moderne,* nº 35, 1891.

sí mismo en la defensa, es activo; en el segundo, al contrario, se mantiene pasivo, sufriendo la defensa como sufre el ataque.

Hay pues motivo para distinguir, de alguna manera, dos variedades de ideas de defensa: las ideas de defensa activa y las ideas de defensa pasiva.

A. Comencemos con el estudio de estas últimas: *las ideas de defensa pasiva.*

Mediante estas ideas, el enfermo expresa su convicción de que, junto a los individuos que le persiguen, existen otros que le defienden.

El análisis completo de una idea de defensa incluye tres conceptos fundamentales:

1º La designación de los defensores;

2º La naturaleza de la defensa;

3º Los recursos empleados por los defensores;

Examinemos sucesivamente estos tres apartados:

1º— En algunos casos, el enfermo sólo habla de sus defensores de manera imprecisa, indeterminada, y habla de, por ejemplo: «ellos», «gente que…». Otras veces, utiliza términos algo más precisos que designan a una colectividad de individuos, tales como «la defensa, la medicina, los enamorados benevolentes, las damas de la aristocracia, los caballeros». En otros casos, emplea un neologismo como «la clase Dios, el buen eco». Finalmente, otras veces, especifica claramente su defensor: «el mariscal de Mac-Mahon, el Sr. de San-A…» y recurre, si se tercia, a neologismos como el siguiente «el restaurador *resienador*»[2].

Estos distintos modos de designación tienen su importancia, en el sentido de que su grado de precisión denota una mayor o menor sistematización del delirio. El empleo del neologismo, por su parte, revela una enfermedad crónica. Con frecuencia, la fórmula que caracteriza al defensor indica el tipo de defensa además de otros síntomas de la enfermedad: alucinaciones auditivas (*buen eco*) o modificaciones de la sensibilidad general (el restaurador resienador, es decir, el que repara las sienes).

2º— Veamos a continuación en qué puede consistir la defensa. Se pueden distinguir varios grados. A veces, la defensa se limita a poner en guardia al

2. Las cursivas son nuestras. *Retempier*: probablemente procede de *tempes*: 'las sienes', 'los [huesos] temporales'.

enfermo; otras veces dificulta la acción de los perseguidores, o incluso llega a reparar los daños causados por ellos. Voy a citarles algunos ejemplos de estos casos y observarán al mismo tiempo cómo la fórmula de la que se sirve el enfermo para designar la defensa puede tener importancia poniéndoles a ustedes sobre la pista de otros detalles que forman parte del complejo sintomático de la enfermedad mental.

Una de nuestras enfermas, perseguida, oye una voz de un de hombre que le dice: «Ten cuidado, desconfía de esas señoras».

La Srta. B..., perseguida, se queja «del gran Fernando que es de clase baja y está en su contra». Pero la «la clase Dios» le habla y le dice palabras amistosas.

La Sra. D… cuenta que junto a las «mujeres persecutoras, malvadas e ignorantes» que la llamaba «zorra, golfa», había otras que la consolaban, le decían que no las escuchara, que no hiciese caso.

La Srta. M…, perseguida con delirios de envenenamiento, cree que la defiende el médico de la Compañía de Orleans[3], y le dice: «Ten cuidado con la sopa».

En todos estos casos, la idea de defensa nos revela la presencia de una alucinación verbal auditiva en forma de advertencia. Encontramos el mismo fenómeno en los casos en los que la voz, en lugar de ir dirigida a la enferma, se dirige a los perseguidores para reprenderles.

La Sra. H..., perseguida, nos dice: «hay una persona importante que vela por mí: es el Sr. de San-A.». Éste riñe a las personas que se portan mal y dice: «No quiero que la gente se porte mal».

La Sra. D., oye, junto con las voces que la insultan, otras que la defienden y dicen: «Dejadla en paz, que esto acabe ya».

Algunas veces puede haber una especie de desdoblamiento de las alucinaciones verbales auditivas: las voces malas se oyen a través de un oído y las buenas por el otro.

Las ideas de defensa pueden también revelar la presencia de alucinaciones verbales psicomotrices. En una de nuestras enfermas, las voces de defensa que al principio percibía por los dos oídos provienen ahora del epigastrio y se acompañan de fenómenos motores muy manifiestos. «Hay algunas [voces] que hablan dentro de mi boca y obligan a la lengua a moverse; pero la boca

3. Probablemente, la Compagnie du Chemin de Fer d'Orléans à Rouen, empresa que construyó y gestionó la mayor parte de los ferrocarriles franceses en el siglo XIX y gran parte del XX.

permanece cerrada y no sale ningún sonido. Comprendo lo que dicen las voces por los movimientos de la lengua, sin pronunciar nada, ni en voz alta ni baja».

El enunciado de la idea de defensa puede mostrarnos además trastornos alucinatorios más variados (de la vista, del tacto o de la sensibilidad general) asociados a la alucinación verbal auditiva. Al mismo tiempo, la defensa parece extenderse a veces hasta reparar los daños causados por los perseguidores.

«Las ruedecillas de la máquina magnética que hicieron pasar por encima del Sr. R… lo mataron hace nueve años, pero el Creador se le apareció, lo resucitó y le dijo: Acuérdate».

La Srta. D... se queja de que le duchan, de que le electrizan; afortunadamente por la noche hay un vigilante nocturno en su casa, le habla desde muy lejos, le advierte que van a matarla y le dice que no tenga miedo. Quince días atrás una voz le dijo: «Nosotros te *desducharemos*,» y así le eliminaron «la ducha del corazón» que había recibido[4].

La Sra. F… se queja de un eco malo que la hace sufrir. Pero hay un eco bueno que destruye sus efectos, la ayuda a resistir, y le impide desvariar cuando le roban el pensamiento.

La Sra. R… dice haber sido envenenada con «el *unifa*» que le ponían en la bebida. Sin embargo, los «señores que avisan» le dijeron que le habían dado algo para fortificarla y, de hecho, se sintió mejor y más vigorosa.

La Sra. B... se queja de ser insultada, electrizada, *nitralada*, violada, dormida con cloroformo, etc. Desde hace mucho tiempo, unos hombres, «seguramente enviados por la prefectura», salen en defensa suya, le hablan desde lejos y «ya le han devuelto su cerebro robado». Monseñor Ismael y la Santa Trinidad la protegen; sintió a monseñor Ismael tirarle de la oreja para despertarla del sueño clorofórmico. La han asesinado varias veces y sus protectores la han resucitado siempre.

3º— En cuanto al tercer punto, la designación de los medios empleados, con mucha frecuencia el enfermo es muy impreciso y no especifica nada a este respecto; la idea de defensa se ciñe entonces a lo que acabamos de examinar.

Sin embargo, hay enfermos, como la que sentía que «*le tiran de la oreja*», que designan el medio de defensa.

4. *Douche*, 'ducha', se usa en sentido figurado en francés como 'regañina' y como 'lo que destruye la ilusión o la esperanza', 'decepción'.

Un perseguido cuyo caso ha comunicado el Dr. Cotard era sometido a «fumigaciones de amoníaco» que, aunque desprendían un olor desagradable, repercutían sobre él, si hay que creer en sus palabras, de un modo favorable.

Una de nuestras enfermas, perseguida, explica algunos de los síntomas de la sensibilidad general que siente atribuyéndolos a un «tratamiento eléctrico» que le hacen seguir unos «caballeros» que la cuidan a distancia.

Otra enferma, presa de incesantes trastornos de la sensibilidad general, puede soportar los continuos suplicios inflingidos por sus enemigos gracias a las inoculaciones de sangre y de caldo caliente que le hacen sus defensores desde el exterior por medio de un «lanza-vaho».

Ahí ven ustedes otra vez cómo la forma de enunciar el paciente la idea delirante puede permitirles realizar otras importantes constataciones: presencia de alucinaciones, trastornos de la sensibilidad y empleo de neologismos.

El diagnóstico de las ideas de defensa pasiva resulta sencillo en general; casi sólo pueden confundirse con ciertas ideas de posesión que estudiaremos después, de las que sin embargo es importante distinguirlas, sobre todo desde el punto de vista de los trastornos de personalidad.

Toda defensa implica necesariamente un ataque anterior. Así que no es extraño que las ideas de defensa no aparezcan más que en los perseguidos, y que sólo surjan al cabo de un tiempo más o menos largo, cuando las persecuciones, al principio no muy claras, se han acentuado y el enfermo empieza a agrupar sus ideas, a sistematizar su delirio. Por lo tanto, apenas las encontraremos en los alienados que presenten ideas de persecución pasajeras.

La mera presencia de ideas de defensa pasiva es por tanto un indicio de cronicidad; por otra parte, han observado ustedes cómo su enunciación puede servir de ayuda al pronóstico, ya sea por sí misma o revelando la presencia de otros síntomas.

Con frecuencia, estas ideas son transitorias y pasajeras; pero a veces también se sistematizan y siguen una evolución en cierto modo paralela a la de las ideas de persecución, como ocurrieron los hechos en tres pacientes que he podido estudiar.

Sobre todo en esos casos, su presencia puede tener cierta importancia desde el punto de vista médicolegal, evitando reacciones violentas en el sujeto. Por otra parte, Morel y Legrand du Saulle ya demostraron hace tiempo que alucinaciones de sentido opuesto pueden contrarrestarse e impedir que el paciente obedezca y realice los actos que le ordenan las voces malvadas.

Además, he podido constatar que en los perseguidos en los que predominan las ideas o alucinaciones consoladoras, éstas podían modificar el aspecto de la enfermedad durante un tiempo más o menos largo. Algunas de nuestras enfermas se sienten más enérgicas tras las alucinaciones consoladoras; otra, en la que frecuentemente predominan este tipo de alucinaciones, se tomaba sus desgracias con paciencia y contaba, incluso riéndose, sus persecuciones, segura del apoyo de sus defensores. Nuestra enferma con alucinaciones verbales psicomotoras de defensa también se muestra satisfecha y segura de que dejará el hospital porque ha vencido; y, cosa rara en una perseguida, nunca pregunta por la fecha del alta de la cual tan segura está.

B. Pasemos ahora, señores, a las *ideas de defensa activa.*

No les expondré las reacciones habituales a través de las que el alienado intenta defenderse de sus enemigos, tales como los cambios de domicilio, las migraciones destinadas a despistarlos, el análisis de alimentos o bebidas, el rechazo de porciones de algunos platos o su preparación por sí mismo, las denuncias a las autoridades, y, en fin, los actos violentos de todas clases. Hablando con propiedad, aquí no hay idea delirante de defensa, sino una reacción en cierto modo lógica que se deduce de las ideas de persecución.

Me limitaré a los casos en los que el enfermo atribuye a algunas acciones extrañas que realiza un significado personal y una idea de defensa contra sus enemigos. Evidentemente, estas ideas de defensa activa están, igual que las de defensa pasiva, en estrecha relación con las ideas de persecución previas.

Para facilitar nuestro estudio, podemos dividirlas en tres categorías, según se nos manifiesten a través del lenguaje hablado, escrito o mímico, aunque con frecuencia estos tres modos de expresión se asocian en el mismo individuo.

1º En el primer caso, la idea de defensa que se manifiesta mediante el lenguaje hablado, adopta la apariencia de un exorcismo y tiene para la enferma el sentido propio de un conjuro.

A veces se trata simplemente de una palabra, un taco, por ejemplo como en esta alienada que pone fin a sus alucinaciones eróticas diciendo: «¡Mecachis! ¡Mierda! ¡Mentira!». Otra supera «el ataque» repitiendo varias veces con un tono enérgico «por supuesto, por supuesto», palabras que van acompañadas de un gesto particular con la mano o con el pie.

Otras veces, se trata de una frase completa, especie de fórmula que la enferma declama con un tono concreto, siempre el mismo, a modo de encantamiento. He aquí un ejemplo: «Cinco veces cinco hacen veinticinco; soy la reina de Francia Zazi, encerrada en La Salpêtrière», etc. En este caso la paciente había creado la

frase con la única finalidad «de seguir en sus cabales». Otra se contentaba con cantar con la misma intención, dirigido a sus perseguidores, el cántico:

Cruel Satán, ¡aunque te armes de tu furor;
aunque tus demonios se alíen contigo!
Jamás podrás destruir mi valor,
¡A nada temo, Jesús está conmigo!

Estudié a una perseguida que, para defenderse de sus enemigos y ponerse en contacto con los protectores imaginarios, cantaba durante horas enteras un estribillo de su propia cosecha que pude anotar, y todo esto paseándose con una dirección determinada.

En algunos casos, estas ideas de defensa se traducen en neologismos aislados o asociados en forma de frase, de los que Tanzi ha comunicado ejemplos curiosos.

A veces estas fórmulas aparecen intercaladas en el discurso (*embolalia*) y le proporcionan un aspecto totalmente peculiar de doble conversación, sobre el que llamé su atención al exponerles las modificaciones del lenguaje en los alienados.

2º Una segunda categoría comprende los casos en los que la idea de defensa se traduce mediante el lenguaje escrito.

A veces se trata de una modificación en la ortografía de las palabras, como ocurre en una de nuestras enfermas. Suprime las *i* y las sustituye por *y*, alarga las vocales hasta hacerlas diptongos, intercala *h* continuamente, coloca un acento circunflejo de su invención sobre las vocales o incluso sobre las sílabas. Esta escritura, desde su punto de vista, es más masculina, da fuerza al pensamiento y le permite resistir ante los enemigos que «aspiran» su inteligencia. Sin esto, dice, sería «vaciada por aspiración».

En otros escritos, la idea de defensa se traduce por la intercalación de una palabra o incluso de una frase.

Una de nuestras enfermas repite en sus escritos varias veces por página la frase: «Dios y su derecho, maldito sea en todo lo que tiene de más maldito quien piensa mal»[5], según ella, dirigida a poner fin a las obsesiones de sus per-

5. Las frases recuerdan a las conocidas *Dieu et mon droit* (en francés:' Dios y mi derecho') y *Honi soit qui mal y pense* ('Que la vergüenza caiga sobre aquel que piense mal de ello'), que han sido el lema de la monarquía británica desde principios del siglo XV, época en la que la lengua culta era el francés, y figuran en el Escudo real del Reino Unido.

seguidores. Además, a lo largo de sus escritos repite con mucha frecuencia las mismas fechas para impedir que sus enemigos le hagan perder el hilo de sus ideas. También les señalaré un hecho curioso de la observación clínica de esta enferma, que tiene ideas de defensa muy marcadas constituyendo un verdadero sistema. Además de ciertos gestos (movimientos con el pie, con la mano o con los labios), ciertas palabras («por supuesto»), ciertas frases escritas que acabo de señalarles y que van dirigidas a conjurar «el ataque», ocurre a menudo que «el ataque» suscita investigaciones cuando la enferma lee algo o escucha recordar un hecho, una fecha. En este momento «el ataque» plantea una pregunta; hasta que no encuentra la respuesta, siente un gran malestar, temblores, angustia y hasta vértigos. Si no hallase la respuesta terminará, dice, más agitada que todas nuestras pacientes agitadas juntas. Buscando, acaba por encontrar una respuesta; llega entonces la calma porque la «defensa» ha logrado el dominio.

El «ataque», por ejemplo, le pone rabiosa, dice, con las palabras «día del año»[6], y para recobrar la tranquilidad está obligada a escribir: «día del año, la anguila, guillotina»[7]. «¿Por qué el uso de la letra *l*?» le pregunta el «ataque». Y la enferma no puede quedarse tranquila hasta haber respondido: «San Lorenzo [*Saint* **L***aurent*] la tiene por delante, San Pablo [*Saint Pau***l**] la tiene por detrás, las chiquillas [*fi***ll***es*] la llevan en medio y cuando son mujeres [*femmes*] ya no las llevan». Ya no insisto más y me conformo con mostrarles el interés de este hecho que, en definitiva, representa una verdadera onomatomanía que forma un todo con el delirio de persecución de la enferma. Cuando la pregunta es complicada elude la dificultad por medio de la fórmula: «Dios y su derecho…», etc., citada más arriba.

3º Finalmente, señores, el alienado traduce con frecuencia a través de la mímica su idea de defensa.

La enferma anterior, para garantizar la «defensa», da golpes con el pie, mueve el brazo derecho y sopla. Otra hace gesto de separar algo y al mismo tiempo dice: «Las probabilidades son las mismas». Otra, perseguida mística, se defiende de sus enemigos a base de santiguarse repetitivamente y de hacer gestos cabalísticos. Una cuarta nunca consiente hablar con nadie hasta que la exorcicen con una vara que reserva para ello.

---

6. En el original, *jour de l'an*, 'día del año'. Si 'año' estuviese escrito con mayúscula, *jour de l'An*, se referiría al '1º de enero', 'Día 1º del Año', 'Día de Año Nuevo'.

7. La enferma va haciendo asociaciones basadas en el sonido con que en francés termina una palabra y empieza la siguiente: *Jour de l'an–l'anguille–guillotine*. Las palabras contienen la letra 'L', lo que motiva la pregunta del «ataque».

A estos gestos pueden asemejarse ciertos hábitos que se relacionan con una idea de defensa. Una de mis enfermas es atormentada por un enemigo, «Ispiritim», que la perjudica usando la electricidad. Para neutralizar los efectos, se pincha la piel con un largo alfiler o se coloca la punta de un clavo en las orejas, los ojos o la boca. Otra, para alejar las malas influencias, guarda permanentemente entre los dientes una ficha de metal que no se quita ni para hablar. Una perseguida que estudié tenía como costumbre apartar las sábanas por la noche antes de acostarse; luego colocaba sobre el colchón un plato y apoyaba encima un candelero con una vela atravesada con agujas que iban cayendo en el plato conforme ardía la vela. Esta práctica tenía como finalidad ahuyentar a los malos Espíritus.

Podemos comparar, además, con estos hechos los cambios que los enfermos introducen en su vestuario para protegerse de los ataques de sus enemigos. Con ese fin, una de nuestras perseguidas se ponía un libro sobre la cabeza, luego una cacerola de cobre para protegerse de las «pestes cortantes» que sus enemigos le arrojaban a la cabeza. Otra, a quien le manipulaban el cerebro, se rodeaba la cabeza con un enorme tocado, un auténtico casco forrado de cartón que a la vez cubría las orejas para impedir que los «perfora-oídos» penetraran. Una tercera, para protegerse de la «*carroñería*», por la noche se aplica en el pecho un cataplasma de materias fecales y seguidamente se tapa herméticamente.

Estas ideas de defensa activa, como las anteriores, casi sólo se encuentran a consecuencia de ideas de persecución, la mayoría de las veces sistematizadas y de fecha muy anterior.

Sin embargo, poner en su vecindad algunos hechos muy análogos observados en otras formas psicopáticas, tales como las obsesiones. Así pues, podríamos compararles el repetitivo lavado de manos de algunos individuos con delirio de tocar; como uno de mis pacientes que llegaba a lavarse las manos no sólo después de haber tocado ciertos objetos, sino también cuando se encontraba con un entierro. De igual manera podríamos acercar a las ideas de defensa activa algunas palabras o fórmulas pronunciadas por onomatómanos con el objetivo de neutralizar la influencia nefasta que achacan a otras. Por ejemplo, una enferma que conocí no podía oír las palabras: «Viernes, desdicha, trece» sin corregir su nefasto alcance pronunciando las otras: «Sábado, suerte, catorce».

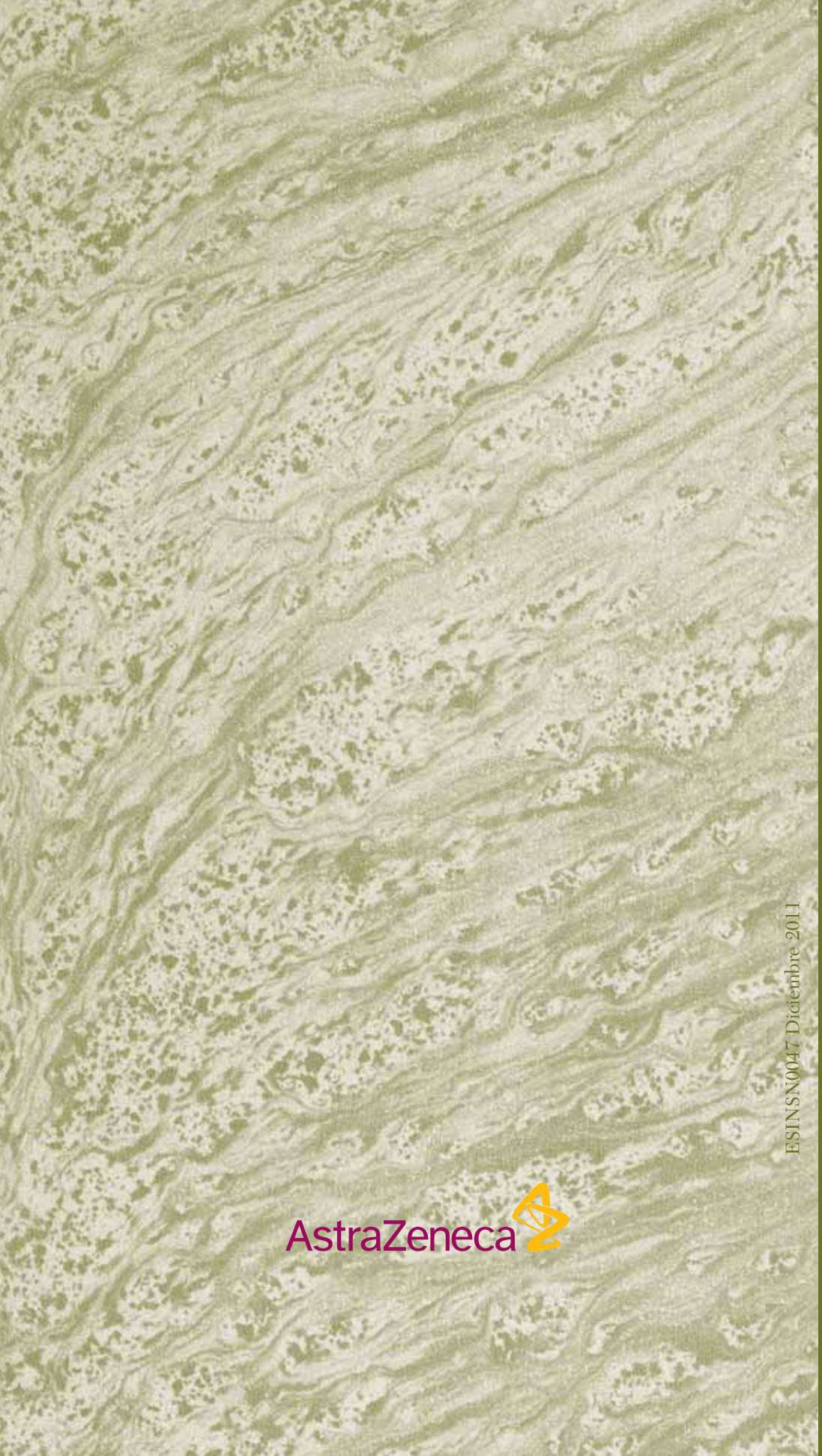
Podemos hacer comprobaciones de este tipo principalmente en las formas constitucionales de la obsesión. Además, tales conductas son signo de mal

pronóstico por sí mismas: pues estos «trucos» indican una completa adaptación por parte del enfermo a la idea obsesiva, y no hacen más que mantenerla.

Los hechos analizados en los perseguidos parecen también estar relacionados con estados de debilidad intelectual, congénitos o adquiridos. También en éstos, la mayoría de las veces sólo aparecen tras un largo periodo de enfermedad. Finalmente, su modo de expresión les mostrará también que pueden tener valor semiológico a la hora de indicar el estado mental general del sujeto, ya sea por su valor intrínseco cuando se trata de neologismos, frases o gestos estereotipados, que son signo de un estado crónico, ya sea porque pongan de manifiesto la presencia de otros síntomas (alucinaciones variadas o ideas sistematizadas).

Estas ideas de defensa activa son también importantes de valorar desde el punto de vista médicolegal; pues con frecuencia, cuando pasan a ser costumbre, pueden bastar al perseguido para asegurarse la tranquilidad y para ahorrarle las reacciones violentas que hacen con tanta frecuencia de este enfermo un individuo peligroso para sus semejantes.

Ya ven ustedes, señores, toda la importancia que tiene conocer bien las ideas de defensa. Si he alargado un poco esta lección es porque hasta ahora no habían atraído el interés de casi nadie. Algunos autores (Morel, Legrand du Saulle, Magnan) han señalado acertadamente las alucinaciones de carácter opuesto, pero no han estudiado estas ideas de defensa. Como trabajo de conjunto sobre la cuestión, les citaré una monografía que publiqué hace unos años, en colaboración con el Dr. P. Besançon, donde sólo se abordaban las ideas de defensa pasiva. He creído conveniente exponerles a ustedes todas las consideraciones precedentes sobre las ideas de defensa, pasiva y activa, para llenar esta laguna y mostrar la cuestión en su conjunto.



ESINSN0047 Diciembre 2011